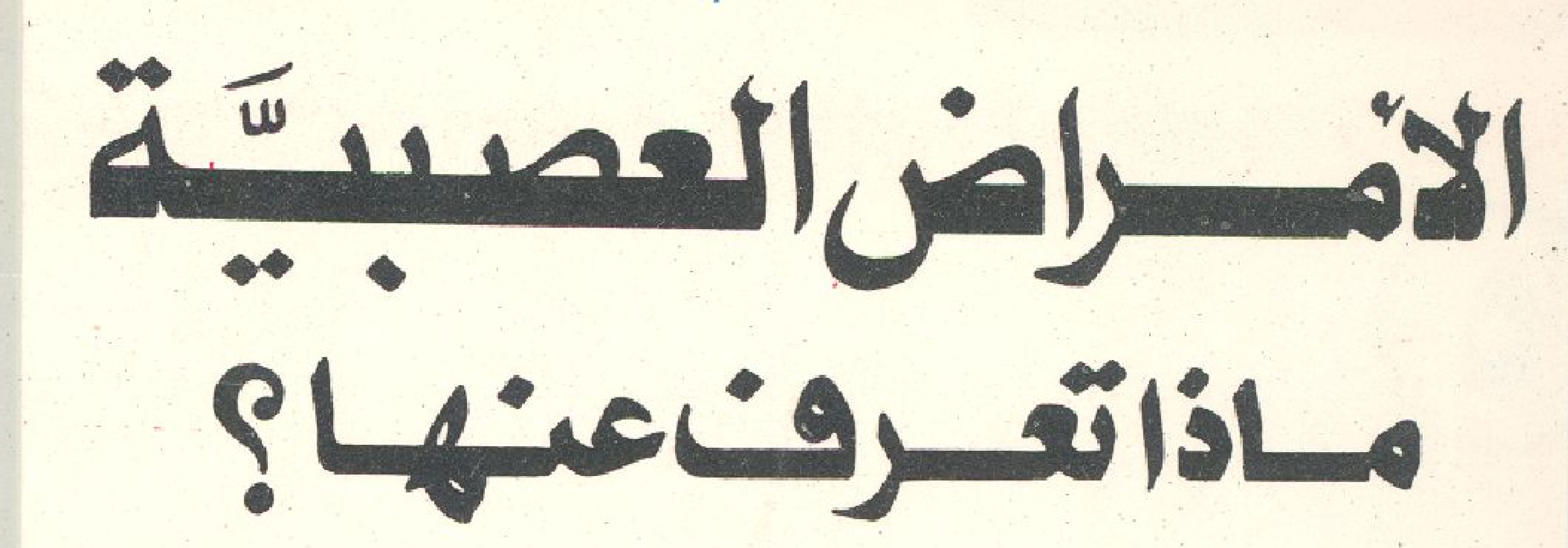
اعرف صحتك

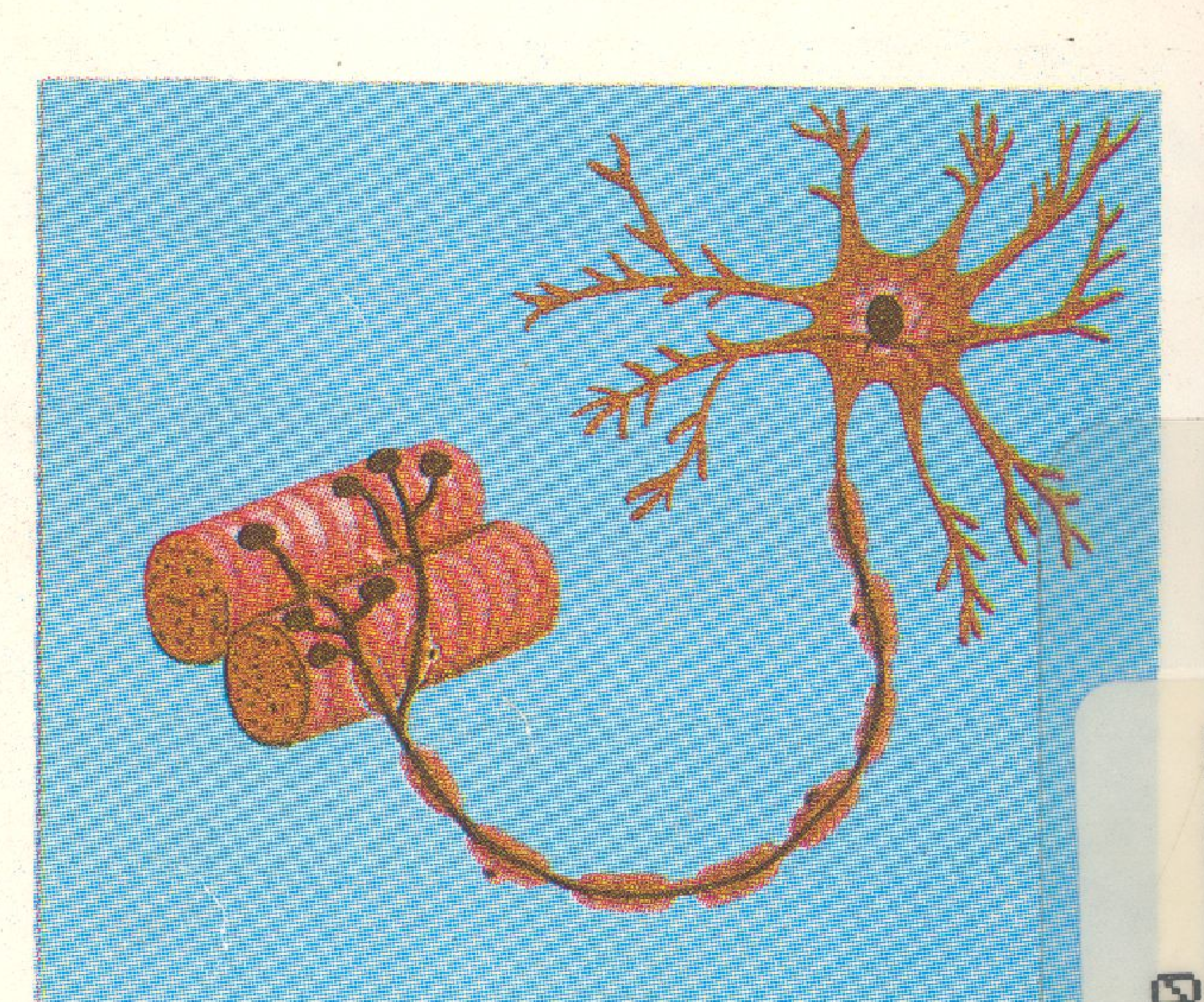
٥

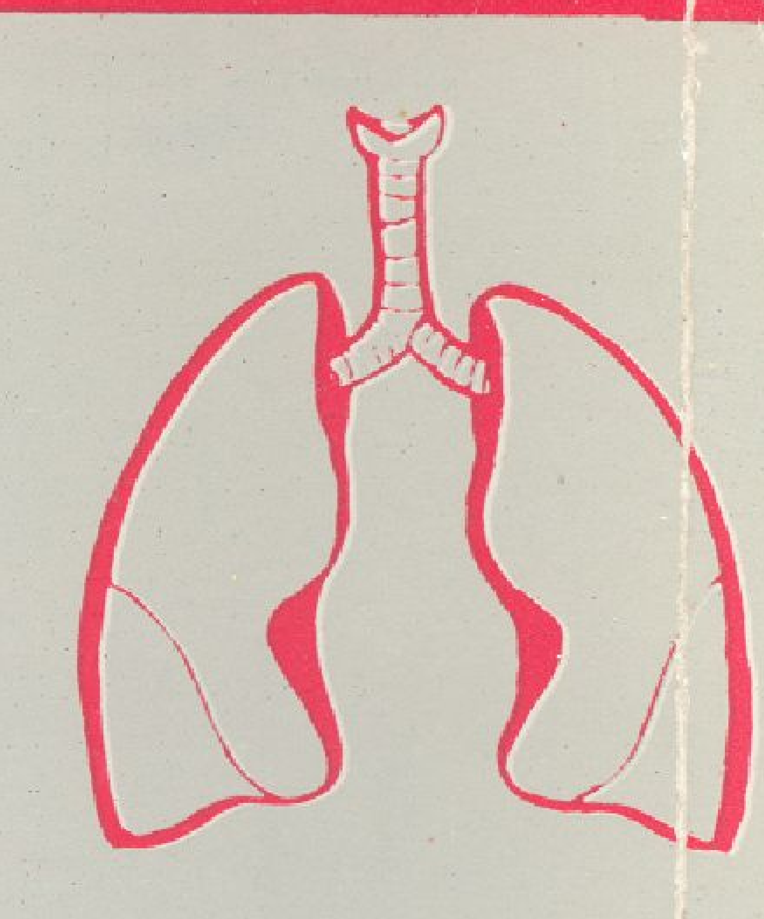


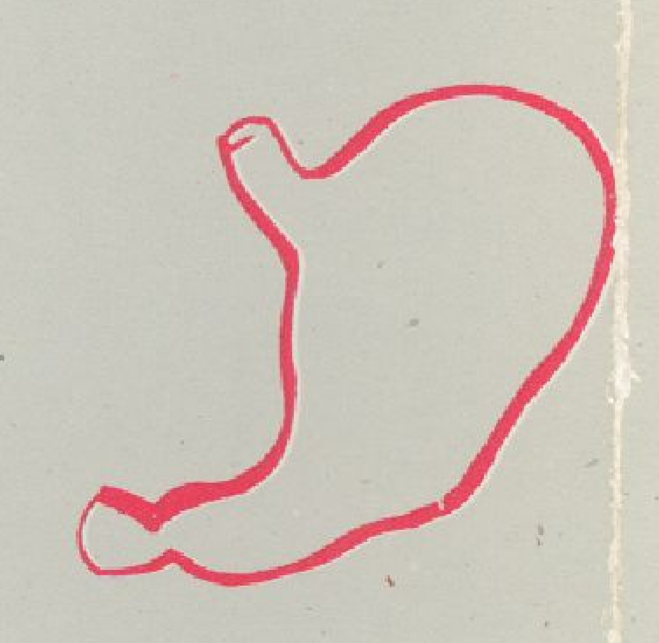
الأمراض العصبية
ماذا تعرف عنها؟

الأستاذ الدكتور

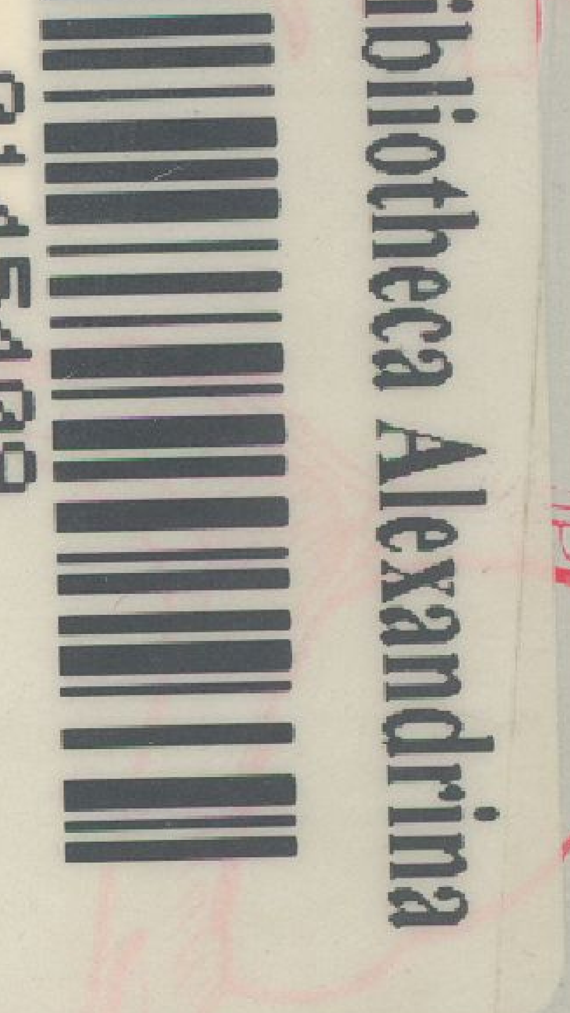
محمد عماد فضلي

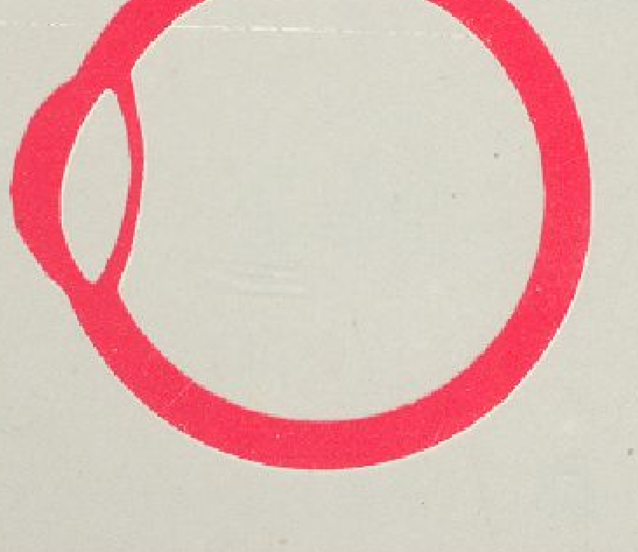












Bibliotheca Alexandrina
0145409

الأهرام
مركز الأهرام
للترجمة والنشر

اعرف صحتك

(٥)

الأمراض العصبيّة
ماذا تعرف عنها؟

الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

الطبعة الأولى
١٤١١ هـ - ١٩٩١ م
جميع حقوق الطبع محفوظة
الناشر : مركز الأهرام للترجمة والنشر
مؤسسة الأهرام - شارع الجلاء القاهرة
تليفون : ٧٤٨٢٤٨ - تلكس ٩٢٠٠٢ يوان

المحتـــويات

الصفحة

الصفحة

مقـــدمــة

عندما طلب منى مركز الأهرام للترجمة والنشر أن أقدم كتابا فى الأمراض العصبية والنفسية للقارىء غير المتخصص ، كنت أميل إلى الرفض منى إلى القبول إذ صدمتنى تجربة سابقة حاولت فيها توجيه النظر إلى الأعراض المبكرة لأحد الأمراض النفسية بأمل أن أنقذ المرضى إذا هم طلبوا العلاج مبكرا ، إلا أن النتيجة كانت على النقيض ، فقد انهالت علىّ أفواج من الناس كان كل ما يعانون منه قابليتهم الشديدة للإيحاء ، ولم أجد بينهم إلاّ النذر اليسير ممن قصدتهم بمقالى ، فعاهدت نفسى ألاّ أقرب بعد ذلك وصف الأعراض المرضية ، كما عاهدت نفسى ألاّ أصف أى علاج عبر وسائل الإعلام الجماهيرية ، إذ أن هواية ممارسة الطب منتشرة انتشارا مذهلا بين مواطنينا المصريين بل وكثيرا ما أخذ بعضهم يصف لى علاجات لإصلاح حالتى الصحية !

ولكننى بعد حوار مع الأخوة الأعزاء المسئولين عن مركز الأهرام للترجمة والنشر فى مؤسسة الأهرام ، رحبت بالإسهام فى نشاطهم بهذا الكتاب ، ما داموا متفقين معى فيما عاهدت نفسى عليه عند تناول المعلومات الطبية وسط جماهير غير المتخصصين .

ولذا أرجو أن أكون قد قدمت فى هذه الصفحات القليلة « فكرة » - مجرد « فكرة » - عن أمراض الجهاز العصبى يمكن اعتبارها جزءا من الثقافة العامة ، قد توضح هذا المجال بين القراء إلى الحد الذى يساعدهم على القيام

بدورهم فى مجال الطب ، أى اللجوء إلى الطبيب فى الوقت المناسب ، ثم الالتزام بما يوصف لهم من علاج دون تدخل منهم ، ثم إحاطة الطبيب أولا بأول بكل ما يجد عليهم من ظواهر تفيد الطبيب فى تصحيح مسار العلاجات .

وقد تخيرت أكثر الأمراض شيوعا ، وكذلك أكثر المفاهيم الخاطئة انتشارا ، آملا أن يكون تصور الناس للأمراض العصبية والنفسية أقرب ما يكون إلى حقيقة الأمور ، واستلزم هذا الإشارة إلى بعض ما استجد من وسائل التشخيص ، إذ أنها أصبحت مثار تساؤلات ملحة بين الجماهير العريضة .

وتحظى أمراض الجهاز العصبى بأكبر قدر من اللبس والمبالغات وسوء الفهم ، فى حين أنها أمراض مثلها مثل تلك التى تصيب أى جهاز آخر فى الجسم ، مثل الجهاز التنفسى والهضمى ، بمعنى أن لها مسبباتها وأعراضها وعلاجاتها الناجعة والمؤكدة . ونسبة الشفاء من الأمراض العصبية ، لا تقل بحال عنها فى الأمراض الأخرى ، بشرط أن يتولى العلاج متخصصون فيها . ومن ثم فلا مبرر لأى نوع من الفزع والتشاؤم بشأنها ، لأن التقدم الذى تحقق فى ميادين تشخيصها وعلاجها حقق المعجزات ، وجعل الأمل فى التغلب عليها يقينا مؤكدا .

وقد حاولت فى هذا الكتاب أن ألتزم بأسلوب الحديث المتداعى تداعيا حرا - دون البعد عن الحقائق - بل إنى لأطمع أن يكون أسلوبى الذى اتبعته مما يجلو تلك الحقائق فى بساطة وبعيدا عن جفاف الأسلوب الأكاديمى .

إلاّ أن هذا الأسلوب لم يجعلنى أغفل ذكر المصطلحات العربية الصحيحة للمفاهيم العلمية خصوصا تلك التى أقرها مجمع اللغة العربية فى مصر ، وأرى أن هذا واجب علىّ تجاه القارىء الذى أحرص على أن يكون متطلعا إلى اكتساب دقة التفكير العلمى ومحترما للغته - تلك اللغة الجميلة التى اختارها

الله ـ سبحانه وتعالى ـ لينزل بها قرآنه حاملا الرسالة السماوية الخاتمة التى وعد بحفظها إلى الأبد ، على أنى شرحت بعض هذه المصطلحات فى الهوامش .

وبعد يا عزيزى القارىء أرجو أن تجد فى صفحات هذا الكتاب قدرا من الفائدة وبعضا من المتعة ، فإن أخطأنى التوفيق فهل أطمع فى عفو القارىء وتسامحه .

والله ولى التوفيق

الفصل الأول

للمخ شبكتان للرى

لنبدأ بكلمة المخ ، فهى الكلمة الشائعة التى نطلقها على الجزء الرئيسى من الجهاز العصبى ـ ذلك الذى تقيه الجمجمة من عوامل التعرية ، إلا أن هذه الكلمة تعنى لُغَة جزءا واحدا من ذلك النسيج العصبى الموجود داخل الجمجمة ، أما الكلمة الصحيحة فهى الدماغ . وينقسم هذا الدماغ إلى المخ والمخيخ وساق المخ أو جذعه .

فالمخ هو الجزء الأعلى من الدماغ ، وهو أيضا الجزء الأكبر المكون من نصفين كرويين أيمن وأيسر . ويقع المخيخ تحته فى الجزء الخلفى الأسفل من الجمجمة ، ويأتى جذع المخ ليربط بين المخ والمخيخ والحبل الشوكى الذى يمتد فى العمود الفقرى إلى مستوى نهاية الضلوع تقريبا .

أما شبكتا الرى اللتان يتميز بهما « الدماغ » فهما دليل على ما يتمتع به ذلك العضو من الرعاية . إذ يخصه الجسم بحوالى ثلثى كمية الدم رغما عن أن حجمه ووزنه لا يتفقان مع هذه النسبة ، إلاّ أن للدماغ السيطرة الكاملة على كل وظائف الجسم ما يقع منها تحت الإرادة وما لا يخضع لإرادة الإنسان . والدماغ شديد الحساسية لنقص الدم بحيث تموت خلاياه إن هى حُرمت من الدم وما به من أكسجين لمدة دقائق قليلة ، كما أنه لا يستطيع أن يتغذى إلاّ على سكر الجلوكوز . فهو إذن عضو مدَلل بقدر ما هو عضو مسيطر .

ولعل هذا ما أوجب أن تكون للدماغ شبكتّان من الأوعية الدموية لتوفير

هذا القدر من الرى السخى ، فهناك شبكة من الأمام تتكون من الشريانين السباتيين ويمكن جس نبضهما على جانبى الرقبة ، وهما اللذان يضغط عليهما فى عملية الخنق ، ويغذيان الثلثين الأماميين من المخ . أما الشبكة الثانية فتتكون من الشريانين الفقاريين ، وهما شريانان يمران خلال ثقوب فى أجنحة الفقار العنقية ثم يدخلان الجمجمة من ثقبها الأكبر الموجود فوق النهاية العليا للعمود الفقرى ، وهناك يلتحمان لتكوين الشريان القاعدى الذى يغذى ساق المخ والمخيخ ثم ينقسم إلى شريانين يسمى كل منهما الشريان المخى الخلفى - وهما أيمن وأيسر - ويغذيان الثلث الخلفى من المخ . ويتصل الشريان المخى الخلفى بفروع الشريان السباتى على نفس الناحية عن طريق الشريان الموصل الخلفى بحيث تتكون عند قاع المخ دائرة كاملة من الشرايين لها اسم خاص (دائرة وبلس) مأخوذ من اسم عالم التشريح الذى وصفها . وبذلك تلتحم الشبكتان وتكونان شبكة واحدة غنية بفروعها المتواصلة فى عدة أماكن .

حقائق أساسية عن دماغك :

لم أذكر التفاصيل السابقة طمعا فى أن يصبح القارىء عالما فى تشريح الدماغ - وعلى كل فتلك التفاصيل لا تعطى إلا فكرة عامة عن تشريح شرايين الدماغ - ولكننى أردت أن يستطيع القارىء تصور بعض الحقائق مثل :

١ - إنه يمكن أن يُسد شريان من شرايين المخ سدا كاملا ولا يحدث أى عطب فى المخ . فمع أن المخ حساس جدا لنقص الارتواء بالدم إلا أن انسداد شريان ما يعوضه سريان الدم عبر التوصيلات الغنية لباقى فروع هاتين الشبكتين المتواصلتين من الشرايين . وقد يعجب القارىء إذ يعلم أنه قد يربط جراح المخ أحد الشريانين السباتيين الأساسيين لتزويد المخ بالدم إذا ما حدث نزف من أحد الشرايين المخية عند تمددها ثم انفجارها ، ولا يؤدى هذا الربط إلى أى فقد لوظيفة من وظائف المخ .

٢ - إذا ما حدثت جلطة فى أحد الشرايين ، فمن الممكن ألا يحدث إلا فقد عابر لوظيفة من وظائف المخ يختفى بعد دقائق . إذ أن هذه الجلطة قد تتفتت ويحملها تيار الدم إلى الشعيرات فالأوردة ، ولا يصيب الجزء المحروم من الدم مؤقتا أى عطب حيث تقوم الشرايين المجاورة بمده بالدم فى الدقائق التى يحرم فيها من شريانه الأصلى .

٣ - عند حدوث جلطة كبيرة فى أحد الشرايين ، قد نرى أثرها فى شكل فقد للحركة مثلا ، وهو ما يسمى بالشلل . وقد يكون هذا الشلل ممتدا إلى أحد جانبى الجسم بأكمله وهو ما يسمى بالفالج . وذلك فى الأيام الأولى للمرض ، إلا أننا نرى أنه بالعلاج ينحصر هذا الشلل فى جزء صغير من النصف المصاب فلا يبقى إلا ضعف فى أصابع اليد أو ثقل فى حركة الساق ، كما أن شدة الفالج تخف كثيرا . ويرجع ذلك إلى أنه عند أول انسداد للشريان يحتقن الجزء المصاب من المخ ويسبب هذا الفالج الذى نراه فى الأيام الأولى ، إلا أن هذا الاحتقان ينتج أساسا من الأوردة وليس الشرايين ، ويمكن إزالته بالوسائل التى تزيل هذا الاحتقان الوريدى ، ثم تستطيع الشرايين المجاورة أن تحل محل الشريان المسدود فتغذى الأنسجة العصبية التى لم تمت بعد بل كانت منخنقة فقط من الاحتقان الوريدى ، ولذا يستطيع المريض أن يسترجع معظم قدراته التى فقدها فى أيام مرضه الأولى .

٤ - وعلى الجانب الآخر يمكننا أن نتصور كيف يؤدى انسداد الشريان الفقارى مثلا - وهو المغذى لساق المخ والمخيخ والثلث الخلفى للمخ كما ذكرت سابقا - إلى إصابة فى الجزء الأمامى من المخ ولا يؤدى إلى إصابة فى منطقة نفوذه الأصلية ، وقد يحتاج تفسير ذلك إلى بعض الخيال والقدرة على التصور .

فلنفترض أنه قد سبق انسداد أحد فروع الشريان السباتى ، إلا أن ذلك لم يحدث أى إصابة يمكن تبينها إذ سارع الشريان الفقارى إلى تعويض هذا النقص فى الدورة السباتية ، ولكن ذلك الجزء من المخ أصبح الآن معتمدا على الشريان الفقارى .

ولننتقل الآن إلى الحادثة الثانية ، عندما ينسد الشريان الفقارى ، وهنا يبادر نظيره على الجانب الآخر فيحل محله فى إرواء ساق المخ والمخيخ والثلث الخلفى من المخ ، فلا يحدث أى تغيير فى الدورة الفقارية ، إلا أن الجزء من المخ الأمامى الذى كان يرتوى أساسا من الشريان الفقارى أصبح الآن محروما من هذا الإرواء ، وهو محروم فى الأصل من الإرواء السباتى ، وهنا يظهر أثر انسداد الشريان الفقارى فى الجزء الأمامى من المخ .

لا أذكر هذا المثال على أنه لغز يدعو التفكير إلى النشاط ويؤدى حله إلى متعة ذهنية ، بل أذكره على أنه مثال يتكرر فى الممارسة الطبية كثيرا ، مما جعلنا نفكر فى الدورة الدموية للمخ بشكل دينامى تحدده عوامل كثيرة من أهمها تلك الشبكة المتصلة من الشرايين ، إذ أنها تحدد مدى إصابة المخ « بالاحتشاء » ـ وهو المصطلح اللغوى لموت أنسجة المخ نتيجة فقد الدم ـ إذا ما انسد شريان من شرايين المخ . فبقدر ما تكون فروع هذه الشبكة مفتوحة بقدر ما يحتمل المخ انسداد شريان وشريانين دون أن يصيبه مكروه ، وحتى إذا أصابه مكروه كان أخف ما يمكن . أما إذا كانت هذه الشبكة ضيقة الفروع مُتصلِّبتها ، وكانت تلك الفروع مسدودة انسدادا جزئيا من الأصل كما يحدث فى مرضى تصلب الشرايين ، كانت إصابة المخ شديدة وممتدة إلى جزء كبير من الدماغ . إذ لا تستطيع تلك الشبكة المتهرئة تعويض النقص الناشىء عن انسداد أى فرع صغير منها ، بل قد يؤدى تهرؤ تلك الشبكة إلى نقص شامل فى توارد الدم إلى الدماغ ، فيصاب المريض بضعف الذاكرة وصعوبة الحركة

وبطئها وفقد الاتصال بسير الزمن وعدم القدرة على التوجه(*) فى الأماكن المختلفة ، وتلك الأعراض - وغيرها معها - تكون ما نسميه بعته تصلب الشرايين . إذ يكون المخ فى هذا الحال مصابا باحتشاءات صغيرة متناثرة لا تفصح عن نفسها فى شكل فالج ظاهر مفاجىء كما هو المعتاد ، ولكنها تؤدى شيئا فشيئا إلى هذا النوع من العته .

٥ - أنهى كلامى عن شبكات الرى الدماغية بحقيقة قد تبدو عجيبة عند النظرة الأولى ، ولكنها من آيات إعجاز الخالق سبحانه وتعالى . فقد ذكرت أن الشريانين الفقاريين الأيمن والأيسر يلتقيان بعد دخولهما الجمجمة ليكونا معا الشريان القاعدى ، إلا أن هذا اللقاء لا يعنى أكثر من أن الوعاءين أصبحا وعاء واحدا ، لكن سريان الدم يبقى فيه منفصلا ، فهناك تيار أيمن وهناك تيار أيسر . وقد شبهها بالنيل الأبيض والنيل الأزرق عندما يلتقيان عند « المقرن » وهى إحدى ضواحى العاصمة السودانية المثلثة « مدينة الخرطوم » . فهناك يذهب الزائر دائما ليرى عظمة الخالق ، إذ يبقى ماء النيل الأزرق الغنى بالطمى منفصلا عن مياه النيل الأبيض لعدة كيلومترات - وكأن بينهما برزخ لا يبغيان . مثل هذا يحدث فى الشريان القاعدى ، فيبقى النصف الأيمن حاملا للدم من الشريان الفقارى الأيمن ، وبالمثل يبقى النصف الأيسر حاملا للدم من الشريان الأيسر ، وبينهما برزخ لا يبغيان ، إلى أن ينتهيا عند تفرعهما إلى الشريانين المخيين الخلفيين ، فيتجه التيار الأيمن إلى الشريان المخى الخلفى الأيمن ويتجه التيار الأيسر إلى الشريان المخى الخلفى الأيسر ، وهذا ما نراه عندما نحقن صبغة فى الشريان الفقارى يمكن تتبعها بالأشعة فنراها تسلك هذا

(*) التوجّه «Orientation» : هو قدرة الإنسان على تبين المكان والزمان والأشخاص المحيطة به ، وبذلك يستطيع وضع خطط سليمة للتفاعل مع الوسط الذى يعيش فيه .

المسار ولا تنحرف منها نقطة إلى الناحية الأخرى ، إلا إذا كان الشريان الفقارى الآخر مسدودا ، وسبحان الخالق العظيم .

جلطات عابرة :

ذكرت أن هناك جلطات عابرة تتفتت وتذهب دون أن تصيب الدماغ بأضرار باقية ، وندرك وجودها عندما يشكو المريض من فقد عابر لإحدى الوظائف ، يختفي بعد دقائق أو ساعات قليلة ويعتمد على قدرة الشبكة الدموية على تعويض النقص .

وأعود هنا إلى هذه النقطة لأهميتها القصوى في الوقاية من « الاحتشاء الكامل المقيم » وأهم صوره الفالج (أو ما يسمى خطأ بالشلل النصفى) .

هذه الجلطات العابرة تأتى من لطع متخثرة (*) على جدران الشرايين الدماغية عند إصابتها بالتصلب ، فالشريان المتصلب يصبح جداره خشنا ويفقد ملمسه الناعم الطبيعى الذى لا يسمح لمكونات الدم بأن تترسب عليه . وإذا تصلب الشريان واخشوشنت جدرانه ، نجد صفائح الدم تترسب على هذه اللطع الخشنة كما تترسب ألياف من مادة الفيبرين (وهو أحد بروتينات الدم) لتكون لطعة متخثرة . وتلك اللطعة تؤدى إلى ضيق الشريان إلا أن أثرها لا يتضح ما دامت نسبة تيار الدم كافية لرى الدماغ ، ولكنها بطبيعتها المتفتتة تسمح لأجزاء دقيقة منها بالانفصال فى شكل كتلة من صفائح الدم . هذه الكتلة تسير مع تيار الدم متجهة نحو الأجزاء الأقل مقاومة للتيار حتى تأتى إلى فرع من فروع الشرايين يماثلها فى الحجم فتسده . ويحدث عند ذاك هذا الفقد فى وظيفة الدماغ الذى أشرت إليه سابقا ، إلا أنها تتفتت إلى مكوناتها من الصفائح الدموية ، وتلك يمكن أن تمر فى الشعيرات إلى الأوردة وتنصرف إلى حال سبيلها ، وينفتح الشريان مرة أخرى وتؤازره الشرايين المجاورة فى لحظة

(*) اللطع المتخثرة : تتكون من أنسجة متآكلة لها سطح خشن وقوام يشبه العجين .

الانسداد الحرجة فلا تموت خلايا الدماغ ، ويعود المريض إلى حالته السوية وكأنه لم يحدث شيء . إلا أنه قد حدث شيء فعلا ، وهو الإنذار بأن هناك لطعة متخثرة في مكان ما من الشرايين الدماغية ، وهذه اللطعة قادرة على إرسال مثل هذا النذير مرارا ، وهذا ما يميز تلك الجلطات العابرة ، إذ أنها تتكرر إذا لم تعالج النوبة الأولى ، وتتكرر بنفس الشكل حيث تنحو الجلطات العابرة التالية إلى سلوك نفس الدرب لأنه الأقل مقاومة . وأخطر من ذلك أن تلك اللطعة المتخثرة الكامنة فى مكان ما من الشرايين الدماغية تكبر وتتضخم وتصبح قادرة على إنقاص سريان الدم فى هذا الشريان تماما ، وبذلك يزداد احتمال إصابة المخ بالاحتشاء ، الذى يكون هنا دائما وليس عابرا ، وقد يكون شديد الوطأة ممتد المساحة بالقدر الذى تسمح به إمكانات شبكة الرى الدماغي .

إذن يجب ألا نستهين بالإنذار الذى تمدنا به تلك الجلطات العابرة ، بل إنها فى رأيى من أهم الدواعى للعلاج النشيط المكثف لمنع التجلط ، فالوقاية هنا مؤكدة بنسبة تصل إلى ١٠٠٪ . وليس هذا بحديث خرافة بل هو ما دلت عليه الخبرة الطبية خلال السنوات الثلاثين الماضية ، وليس هذا بحديث هزل بل هو حديث فصل بين النجاة التامة من خطر الاحتشاء وبين الإصابة باحتشاء ثقيل الوطأة دائم ومقيم .

ولحسن الحظ أن هذه الجلطات العابرة تأتى فى معظمها فى شكلين أساسيين . فإذا ما أصابت الدورة السباتية فهى تختار فى أغلب الأحيان القدرة على النطق وحركة اللسان والذراع ، بحيث يشكو المريض من فقد الكلام وثقل فى الذراع لبضع دقائق أو ساعات ثم يزول الأمر .

أما إذا أصابت الدورة الفقارية فتؤدى فى أغلب الأحيان إلى « دوار » ، وهو الإحساس وكأن الدنيا تدور حول المريض ، أو أن المريض يدور هو نفسه حول نفسه ، وقد تتحور قليلا فيحس المريض أن الأرض تميد به ، أو أنه لا يستطيع السيطرة على أجزاء جسمه وكأنه على وشك الوقوع على

الأرض . وللأسف كثيرا ما تشخص مثل هذه الحالات على أنها إصابة فى « الأذن الوسطى » . ويكفى أن نقول إن الجزء المختص بالاتزان فى الأذن هو « الأذن الداخلية » وليس الأذن الوسطى ، وحتى إذا تجاوزنا عن التعبير الطبى الصحيح وأبدلنا الأذن الداخلية بالأذن الوسطى ، نجد أن الدوار الناشىء عن إصابة الأذن الداخلية يستمر أياما ويلزم المريض الفراش عادة ويصحبه طنين ، وهذا لا يحدث فى تلك الجلطات العابرة .

توقفت قليلا عند هذه الجلطات العابرة أملا فى أن يتبينها المريض ويشعر بأهميتها ، فيمتثل للعلاج وقاية لدماغه ، بل لكل شرايين جسمه بما فيها شرايين القلب . وأقول يمتثل للعلاج ، إذ أن المريض عادة لا يتصور جدوى العلاج الوقائى بعد انتهاء الأعراض التى يشكو منها ـ خصوصا إذا كان العلاج طويلا بعض الشىء ـ كما هو الحال مع هذه الجلطات ، إذ أنه يجب أن يستمر لمدة ثمانية عشر شهرا ، وهى المدة الكافية لتغطية « اللطعة المتخثرة » بخلايا ناعمة من بطانة الشرايين فلا تعود مصدرا لتلك الطلقات من كتل صفائح الدم . كما أن العلاج بمضادات التجلط يحتاج إلى متابعة بتحليل معملى شهرى ، وهذا يتطلب تعاونا ومثابرة من المريض ـ الذى لم يعد يشكو من شىء ، كما يتطلب تحمل نفقات تلك التحاليل المعملية الشهرية ، وكل هذا يحتاج إلى « بُعد نظر » من المريض ومن المحيطين به ـ خصوصا المتبرعين منهم بالنصائح الطبية غير المسئولة .

لماذا تحدث جلطات المخ ؟ :

تصلب الشرايين ووجود تلك اللطع المتخثرة هما السبب الأول فى الإصابة بالاحتشاء الدماغى ، إلا أن هناك نقطتين يجب إبرازهما ، هما :

ـ هناك بعض أمراض تصيب الأوعية الدموية نفسها وتكون قادرة على سد الشرايين ، وأهمها أمراض المناعة الذاتية ـ إلا أن لهذا الموضوع حكاية

أخرى . وهى قليلة الحدوث نسبيا بالنسبة لتصلب الشرايين ، إلا أنها تصيب المرضى فى أعمار أصغر من تصلب الشرايين .

- تصلب الشرايين محصلة لعدة أسباب بعضها معروف وبعضها غير معروف تماما ويتصل بالعمليات الأيضية(*) - أى عمليات الهدم والبناء الكيميائية - وهذه لا أظن أنها فى مرحلتها الحالية قابلة للمناقشة المفيدة للقارىء غير المتخصص ، ومنها حكاية الكوليسترول ودهون الدم - وأفضل ألاّ أخوض فيها فما زالت كالرمال المتحركة تنزلق فيها الأقدام ، فلنتركها جانبا .

أما الأسباب المعروفة فيجب أن يعيها كل إنسان يريد أن يحافظ على صحة شرايينه وأهمها :

- ضغط الدم العالى .
- البول السكرى .
- التدخين والتدخين والتدخين .
- أمراض الكلى .
- السمنة .

ضغط الدم العالى :

-أهم أسباب ارتفاع ضغط الدم تتصل بشكل أو بآخر بالتركيب العصبى النفسى للمريض . فمعظم حالات ارتفاع الضغط تسمى « ارتفاع الضغط الأولى » أى التى لا يعرف لها سبب إلا التوتر النفسى . وهى تبدأ مبكرة وقد تنتشر بين أفراد بعض العائلات ، وفى مراحلها الأولى تستجيب لعلاج الحالة النفسية سواء بالعلاج النفسى أو الدوائى أو بهما معا . وكل ما أحب أن أقوله هنا ، أننا قد نكتشف هذه الحالات المبكرة فى الطلبة عند تقدمهم للالتحاق

(*) الأيض : هو عمليات الهدم والبناء فى أنسجة الجسم ، وهى عمليات فسيولوجية تنظمها عدة عوامل منها هرمونات الغدة الدرقية .

بالجامعة ، وعلى الأخص عند الالتحاق بالكليات العسكرية التى تدقق فى هذا الأمر ، وقد تُكتشف أيضا عند الفحص بالقومسيونات الطبية لسبب أو لآخر ، وهنا يجب الاهتمام بالعلاج ولو أن الشخص نفسه لا يشكو شيئا .

البول السكرى :

يأتى تصلب الشرايين كأحد المضاعفات التى تصيب مرضى البول السكرى لمدة طويلة . ولا يضمن التحكم الدقيق فى نسبة السكر فى الدم ، عدم الإصابة بتصلب الشرايين ، إلا أنه من المستحسن أن نصل إلى هذا التحكم الدقيق عن طريق تنظيم الطعام وإنقاص الوزن - إلى جانب توفير ما يحتاجه المريض من أدوية - طمعا فى ألا تكون الإصابة بتصلب الشرايين كافية لإحداث الجلطات فى الأوعية الدماغية عندما يطول عمر المريض .

التدخـــين :

هنا تكون وقفتنا الأهم ، فالتدخين عادة - وليس إدمانا . وتنشأ عادة التدخين فى أول الشباب أو سن المراهقة إما تقليدا للأب أو الأم أو محاكاة للرفاق ، أو محاولة لإثبات النضج والتمتع بمظاهر الرجولة كاملة - وأحيانا الأنوثة للأسف ، وغير ذلك من عوامل اجتماعية ، ثم تتحكم العادة فى الفرد فلا يستطيع منها خلاصا - إلاّ من رَحِمَ ربك . كما أن الاسترخاء الذهنى المؤقت الذى يصاحب التدخين قد يظنه المدخن أساسيا لإنتاجه الذهنى ، أو لتحمل الأعباء النفسية للحياة اليومية فيبرر بذلك استمراره على التدخين ، فينحدر الشخص إلى تدمير معظم خلايا جسمه ، شرايين دماغه وقلبه وباقى الشرايين فى أنحاء جسمه ، والرئتين احتقانا والتهابا ، وتمددا فى الشعب إلى حد سرطان الرئة الذى يكاد لا يحدث إلا من التدخين ، واحتقان المعدة والاثنى عشر ثم تقرحهما .

وعلاج التدخين الأمثل هو فى تجنبه من البداية ، وهنا تقع مسئولية كبيرة على من يتخذهم المراهق والشاب الصغير قدوة من الآباء والمربين ، وللأسف من الفنانين والفنانات ، ومن يظهرون الآن على شاشة التليفزيون من غير الفنانين ممن يمكن أن يكونوا مصدر إعجاب عند فئة المبتدئين فى التدخين .

والتدخين يؤدى إلى التهلكة ، كما هو ثابت الآن من الناحية الطبية ، وبهذا فهو يقع تحت بند المحرمات الدينية . وياليتنا نبين هذا بوضوح وبدون إرهاب ، فالدافع الدينى فى بلدنا قوى والحمد لله ويمكن أن يحمي شبابنا من أشياء كثيرة منها البدء فى التدخين .

أمراض الكلى :

وهذه تمثل عنصرا هاما بالنسبة للطبيب المعالج وليس للمريض فيها دخل كبير ، ولهذا أذكرها هنا لمجرد التنويه ، ولكنها تفسر عدم استجابة بعض حالات ارتفاع ضغط الدم للأدوية المعروفة الآن والتى أصبحت أكثر فاعلية مما سبق . إذ أن الكليتين المريضتين تفرزان مواد كيميائية تساعد على ارتفاع ضغط الدم ، ولا تجدى معها عادة العقاقير المستخدمة فى علاج ضغط الدم المرتفع . ويمكن تصور أهمية هذا العامل الكلوى إذا عرفنا أنه فى حالة إصابة كلية واحدة ، قد نستأصلها كلها لإرجاع ضغط الدم إلى مستواه العادى .

السـمنة :

ازدياد الوزن يلقى عبئا كبيرا على كثير من أجهزة الجسم مثل الكبد والكلى ، ولكن أهمها هو العبء الذى يتعرض له القلب والدورة الدموية . فالقلب والشرايين اللازمة لضخ الدم فى جسم بدين له شعيرات كثيرة ضيقة ، يتحمل أضعاف العبء الذى يقوم به قلب وشرايين فى جسم رشيق ليس به من الدهن إلا ما يعطيه قواما جميلا متناسقا فى حين يوفر له الحركة المناسبة

والنشاط والحيوية . وعادات الأكل هى المسئول الأول عن البدانة ، وتأتى بعدها قلة الحركة وإهمال الرياضة . وأنا أذكر هنا أهم أسباب البدانة وهى نفس الأسباب التى يمكن أن يتجنبها الفرد العادى ، بعيدا عن الأسباب القليلة المتعلقة بوظائف الغدد الصم أو اضطرابات عمليات الهدم والبناء (أى عمليات الأيض) . ولا ننسى أن البدانة من الأسباب المهمة التى تؤدى إلى ظهور مرض البول السكرى عند من يكونون على استعداد للإصابة به .

والنشاط الذهنى ؟ :

نحن إذن قادرون على تجنب الإصابة بجلطات الشرايين الدماغية واحتشاءات الدماغ إلى حد كبير ، أو على الأقل نحن قادرون على تخفيف أثرها أو تأجيل حدوثها إلى سن متقدمة ، إذا راعينا تجنب الأسباب المساعدة على حدوثها والتى ذُكرت أكثر فيما سبق .

ولكن هل هناك دور للنشاط الذهنى فى الوقاية من هذه الإصابات ؟

هنا يجب التفرقة بين نوعين من النشاط الذهنى - نوع يُفْرَض علينا فرضا ، وتقابلنا فى أثناء أدائه عقبات وإحباطات ويؤدى إلى توترنا بل وإصابتنا بنوع أو آخر من الاكتئاب .

وهناك نوع آخر نحقق فيه ذاتنا ونصقل فيه مواهبنا وننتج ونبدع ونبتكر ، ونفرح ونبتهج ونحن نؤديه .

النوع الأول مضر ويسرع بنا الخطى نحو تصلب الشرايين ، وهو سبب هام من أسباب ما يسمى « بالإجهاد النفسى » أو كما يحلو للبعض تسميته « بالكرب النفسى » - وهو مهلك ، ويقع فيه من يتصور أن الطموح يعنى طلب ما يزيد عن الطاقة أو الإمكانات التى وهبها له الله ، فيقع فى تنافس مع من لا يستقيم التنافس معه ، أو يجرى وراء مطالب مادية يمليها عليه المجتمع ،

فيجد نفسه يجرى وراء ظله ، ويستولى عليه الجشع ولا يشعر بلذة ما حقق من مكاسب مادية قدر ما تذهب نفسه حسرات على مالم يستطع أن يصل إليه من تلك المكاسب . وهناك فئة أخرى تغريها قدرتها على بعض النشاط السياسى أو الإدارى لما يحيط به من هالات الشهرة والسلطة ، وتنسى مواهب أخرى أهم وأقوى وهبها الله لها ، فتترك تلك المواهب لتذوى وتضيع سنوات العمر دون أن تحقق شيئا منها ، ولو فعلت لأرضت نفسها وربها والناس . ويمضى هؤلاء يهرولون وراء منصب أو مركز يهلكون أنفسهم فيه جهدا ونضالا حتى إذا فرت الأعوام من أيديهم وجدوا حصيلتهم صفرا ، خصوصا عندما ينفضّ المولد ، ويتركهم حشم الأمس وحيدين يجترون آلام المعركة التى لم تؤد إلى مكاسب حقيقية ، وينظرون إلى مستقبل لا يَعِدُ بشىء ذى قيمة .

أما النوع الثانى ، فيظل مصدرا للرضا النفسى وبهجة الابتكار والتجديد والتطلع إلى المستقبل مهما طال العمر ، فكل خطوة تمهد لما بعدها ، ولا يهم الإنسان منها إلاّ لذة العطاء والابتكار والتجديد ، حتى إذا مضت الأعوام وجد وراءه ماضيا سخيا يهنأ له تَذَكُّره ، بل ووجد ثمرات تنبت ويشتد عودها فى مستقبل الأيام حتى من غير أن يضعها فى حسبانه . إذ أن البلد الطيب يخرج نباته طيبا بفضل الله وبالنيات الطيبة ، وبالعطاء أولا دون النظر إلى الأخذ والتسلط ، تلك سنة من سنن الله تغشى عنها الأبصار كثيرا بفعل الملوثات الفكرية التى تسود أحيانا ، إلا أن سنة الله لا تبديل لها ولا تحويل ومن اتبعها كُتبت له حياة طيبة وشرايين تقاوم التصلب ودماغ لا يقبل التدهور بسهولة . وليس كلامى هذا من باب التلاعب بالألفاظ أو التجاوز اللغوى ، بل قد أثبتت التجارب العلمية أن الأشخاص الذين يثابرون على استخدام إمكاناتهم الذهنية الابتكارية فى جو من الهواية أكثر من الحرفة وتنافساتها وهمومها ، تستطيع خلايا دماغهم أن تتجدد . وأقول تتجدد ، وقد كان المعروف إلى وقت قريب أن خلايا الجهاز العصبى هى الخلايا الوحيدة فى الجسم التى تستمر مع الشخص من مولده إلى وفاته ، ولا تضاف إليها خلايا جديدة بخلاف الجلد

والأمعاء والدم - وأنكر تلك الأعضاء بالذات لسرعة تجددها وإحلال خلايا جديدة محل خلاياها القديمة كل عدد قليل من الشهور .

وإذا علمنا أن هذه الاتجاهات الفكرية تُغرس أسهلَ ما تُغرس فى سنين التكوين المبكرة ، أى فى مراحل الطفولة والصبا والمراهقة ، فيمكننا تبين أهمية القدوة الحسنة والتوجيه السليم للأبناء فى هذه المراحل ، بحيث نكتشف القدرات الحقيقية لأبنائنا ونعمل على تنميتها بغض النظر عن « الموضات » السائدة فى المجتمع . فنشجع من نتبين قدراته الفنية أو الأدبية مثلا ، ولا نفرض عليه التوجه إلى ما لا يستثير همته من علوم أو رياضيات بحجة أن هذه النواحى من المعرفة هى التى تلقى احترام المجتمع وتقديره ، بل علينا أن نتبين فى وضوح أن الأديب المتميز أهم وأصلح لنفسه ومجتمعه من المهندس الفاشل .

فنحن إذا ما أحسنّا تربية أبنائنا كما رسم لنا ديننا القويم وكما أوصت علوم التربية ، بحيث تنضج الشخصية متكاملة ، وقد تفجرت كل إمكاناتها وصقلت كل مواهبها وبعدت عن مثالب الغرور والكبر والحقد والتزمت درب العطاء والإيثار والرضا ، فنحن نمهد لأدمغة هؤلاء الأبناء الطريق المستقيم نحو الصحة والتجدد ومقاومة الجلطات والاحتشاء ، والتمتع بحياة طيبة معها أمل قوى فى حياة آخرة طيبها ليس كمثله شىء .

الفصل الثانى

الصداع النصفى

إذا شخصنا حالة مريض على أنه مصاب بالصداع فنحن كمن عرّف الماء بالماء . فما الصداع ـ اصطلاحا ـ إلا آلام يحسها المريض فى المنطقة من الجمجمة التى تقع فوق الحاجبين . وللصداع بهذا المعنى أسباب قد لا يستطيع أن يحصرها أحد بدءا من الإجهاد النفسى وانتهاء بأورام المخ .

ولذا فمن المهم جدا أن نتبين خصائص تلك الآلام التى يشكو منها المريض . وأسهل هذه الخصائص وأوضحها للمريض ، هو مكان هذه الآلام ، فهى أحيانا فى قمة الرأس أو على الصدغين أو فى الجبهة . ومجرد تحديد المكان قليلا ما يفيد فى معرفة السبب ، إلا أننا قد نتبين أن ما يشكو منه المريض هو ألم فى مؤخرة الرقبة فى منطقة « القفا » ، وهنا لا يكون هذا صداعا بل يكون ألما فى الرقبة أهم مسبباته غضاريف الرقبة وما يلحق بها من علل وأوصاب(*) .

أما الخاصية المهمة التى قد يصعب أحيانا استخراجها من المريض ، فهى نوع هذا الألم . فهناك ألم نابض يدق دقا ايقاعيا ، وهناك ألم واخز يخترق الحجاج (أى الصندوق العظمى المحيط بالعين) ويبقى ثابتا عدة ساعات ،

(*) الوصب : هو تغير مرضى فى عضو ما دون تحديد نوعه أو سببه . وكثيرا ما نستخدم هذا المصطلح للدلالة على الأمراض والعلل التى لم يتحدد بعد أساسها أو سببها .

وهناك ألم ضاغط وكأننا وضعنا طاقية من الصلب الثقيل فوق رأس المريض ، وهناك ألم متفجر وكأن شيئا داخل الجمجمة يحاول تفجيرها والخروج منها ، وهناك ألم حارق وكأننا صببنا ماء يغلي فوق الرأس ، وهكذا . والغريب أننا أحيانا ، وبالرغم من إعطاء هذه الأمثلة للمريض ليختار منها وصفا يساعدنا على تبين أسباب الصداع إلا أنه يصمم على أنه « وجع » - مجرد وجع - وشديد وفي الرأس ويمنعني من النوم .. الخ ، دون أن يقترب من وصف واحد مما ذكرت .

والحق أن مساعدة المريض لطبيبه في تعيين الوصف الدقيق لنوع صداعه يقرب الطبيب كثيرا من معرفة السبب . فذلك الألم الواخز في الحجاج ووراء العين يأتي من احتقان الجيب الأنفي الأمامي ، والألم الحارق في أعلى الرأس معظمه من الاكتئاب النفسي ، والألم الضاغط يأتي من تقلص العضلات وكثيرا ما تصحبه آلام القفا الناشئة عن فقرات العنق وغضاريفه .

أما الألم النابض فهو العلامة المميزة للصداع الوعائي ، أي الذي يصدر عن سبب له علاقة بالأوعية الدموية . وهو في الأغلب الأعم دليل على المرض المسمى بالصداع النصفي أو الشقيقة .

فالصداع النصفي ليس هو الصداع الذي يصيب نصف الرأس فحسب ، فهناك أنواع أخرى من الصداع تصيب نصف الرأس فقط ، ومن أكثرها شيوعا ما يسببه احتقان أحد الجيوب الأنفية على جانب واحد ، كما أن الإصابة بالماء الأزرق (أي الجلوكوما) تؤدي إلى صداع شديد في العين نفسها ، وهكذا .

إذن فالصداع النصفي - كمرض - ليس السبب الوحيد لصداع يصيب نصف الرأس ، بل نجد حالات كثيرة تنتقل في نوباتها المتكررة من جانب إلى آخر . كما أن بعض النوبات قد تصيب جانبي الرأس معا ، وتظل أيضا في إطار تشخيص « الصداع النصفي » .

إلا أن ما يميز الصداع النصفى هو طبيعته النابضة ، فمصدر الألم أساسا هو النبض القوى لشرايين فروة الرأس عندما تتمدد بعد تقلصها بفعل بعض المواد الكيماوية التى يفرزها المخ من آن لآخر .

وهنا أتوقف عند جملة « بعد تقلصها بفعل بعض المواد الكيماوية » . فأصل المرض أن هناك مادة ذات تكوين بروتينى تخرج بكمية أكبر من المعتاد ، وتصل إلى شرايين الدماغ وفروة الرأس فتؤدى إلى تقلصها . وقد لا يؤدى هذا التقلص إلى أى عرض أو شكوى من المريض - حتى إذا ما انتهى وتبعه تمدد شديد فى تلك الأوعية بدأ الصداع النابض فى الظهور ، ويبدأ المريض يشكو من « الصداع النصفى » .

إلا أن هذا التقلص قد يؤدى إلى بعض الأعراض المنذرة بالنوبة . وهنا نجد دليلا آخر على أن هذا الصداع هو مظهر من مظاهر مرض الشقيقة ، أى الصداع النصفى فى اللغة المتداولة حاليا بين الجماهير .

وأشهر هذه الأعراض التقلصية هو ما يصيب النظر ، فيشكو المريض من إعتام نصف المجال البصرى ، أى أنه يرى العالم من حوله وقد تحول نصفه إلى ظلام دامس ، وقد يكون هذا النصف أيمن أو أيسر حسب الناحية التى ستصاب بالصداع . وقد يرى بدلا من ذلك مجرد خيوط سوداء متعرجة الشكل تتنقل أمام عينه فى نصف مجال بصره ، أو قد يرى بقعا شديدة الإضاءة تومض أمام عينه ثم تختفى ، وهكذا . وقد يصاحب ذلك غثيان أو دوار أو تَمَلُّ(*) فى نصف الوجه ، وبعد ذلك بقليل يبدأ الصداع شيئا فشيئا ، فإذا استبد بالمريض فلن يجد له مخرجا منه إلا بالصبر عليه وإغلاق عينيه خشية الانبهار بالضوء وانتظار انتهاء النوبة . فنادرا ما ينجح أى عقار فى إيقاف النوبة إذا

(*) التمل : هو الإحساس بوخز يشبه وخز الدبابيس أو كأنما حشرات تزحف على الجلد .

ما بدأت ، ولكن ربط الرأس بمنديل أو رباط قوى قد يخفف من النبضات ، أما العلاج الناجع فهو العلاج الوقائى الذى يمنع خروج المادة المسببة من المخ إلى الشرايين وبذلك لا يحدث تقلص ولا تمدد ولا صداع .

وفى بعض الأحوال - وهى قليلة نادرة - قد يعترى المريض شيء من التغيير المزاجى ، فيزداد مرحه أو إكتئابه عن المعتاد . وقد يكون هناك بعض التغيير فى التفكير ، فيسرع توارد الأفكار لبضع ساعات أو ليوم أو ما أشبه قبل البدء حتى فى الإنذار الذى ذكرته فى مرحلة التقلص . وهنا يستطيع المريض قوى الملاحظة - وكثيرا ما يصيب الصداع النصفى الأذكياء وأقوياء الملاحظة من البشر - أن يتنبأ بقرب حدوث النوبة فيتناول جرعة مناسبة من الأدوية المانعة من تمدد الشرايين ، فيستطيع بذلك إجهاض النوبة قبل حدوثها . ولكن هذه الأمثلة من الندرة بحيث لا يعطى لها وزن كبير فى علاج المصابين بالصداع النصفى فى الأكثرية الغالبة .

إذن فالصداع النصفى ليس كأى صداع بل له سماته المميزة . وليس هو الصداع الوحيد الذى يصيب نصف الرأس ، كما أنه يظل صداعا نصفيا حتى لو أصاب الرأس كله أو تنقل من جانب إلى آخر ، ما دامت السمات الخاصة به متوافرة . إلا أنه للأسف لا نجد مصدرا لنا فى تبين هذه السمات إلا المريض نفسه . فإذا كان وصفه غير واضح ، احتاج منا إلى صبر والحاح لنستخرج منه تلك السمات واحدة بعد الأخرى قبل أن نشخص صداعه على أنه مرض الصداع النصفى .

أقول قولى هذا لأهميته العلمية ، إذ أن التوصل إلى وصف واضح للصداع النصفى يعفينا - فى الممارسة الطبية اليومية - من إضاعة الوقت والجهد والمال فى الجرى وراء الفحوص الإشعاعية والمعملية والكهربية للدماغ بما فى ذلك من تكلفة . إذ أن علاج الحالات لا يحتاج إلى نتائج هذه الفحوص إذا ما كان الوصف واضحا وجليا ، وقد يتأيد فقط بمتابعة الحالة واستجابتها للعلاج . وفى

هذا تخفيف على المريض بتقصير فترة المعاناة والعودة السريعة - والدائمة فى معظم الأحيان - إلى الحياة السوية وتوفير ماله ووقته .

ولكن ليس كل ما يطلب ينال .

فإذا لم يكن الوصف دقيقا ، فقد يكون فحص المريض مصدرا آخر للتفريق بين مرض « الصداع النصفى » وباقى أسباب الصداع . إلا أننا نواجه هنا صعوبة أخرى ، فالكشف لا يظهر أى تغييرات مرضية فى مريض الصداع النصفى . ولو أننا قد نصل إلى تشخيص بديل عن طريق العلامات التى تظهر من خلال الكشف الاكلينيكى خصوصا فحص قاع العين ، وهنا يصبح الأمر واضحا ، ولا نشخص صداعا نصفيا بل يتجه بنا الطريق إلى أسباب أخرى لها مسارها الخاص وفحوصها المميزة .

الدوران فى حلقة مفرغة :

أما إذا لم نجد بالكشف الاكلينيكى علامات مرضية ، فنحن ما زلنا أمام السؤال : هل هو مرض « الصداع النصفى » ، أم هو صداع ناشىء عن سبب آخر لا يظهره الفحص الاكلينيكى وحده - أو على الأقل فى المراحل المبكرة من بعض الأمراض الأخرى ؟ وهنا تنفتح أمامنا دروب لا عدد لها من الفحوص وصور الأشعة وتحليل الدم والبول ، والفحوص الاكلينيكية عند زملاء آخرين ممن تخصصوا فى أمراض العينين أو الأنف والأذن ، وهكذا . فندور ويدور معنا المريض فى دوائر مفرغة بعض الوقت . وقد نصف فى هذه الأثناء بعض العقاقير على سبيل التشخيص بالعلاج - وهو مبدأ معترف به علميا فى بعض الأحوال . وكل هذا لأن المريض لا يستطيع - وأحيانا لا يريد - أن يعطى وصفا دقيقا للصداع ، وهو المصدر الوحيد الممكن لهذا الوصف ... إلى هذا الحد قد يصبح الأمر البسيط فى غاية التعقد لعدم تعاون المريض - أو فى أحوال نادرة لعدم تكامل السمات المطلوبة فى الصداع

النصفى حقيقة . وهنا يكون المريض مظلوما ، ولكنها ـ مرة أخرى ـ أحوال نادرة . فبعض حالات مرض الصداع النصفى ـ يأتى فى نوبات قريبة جدا بعضها من البعض الآخر ثم تختفى لسنة أو أكثر لتعاود المريض مرة أخرى . وبعضها يفتقر إلى سمة أو أكثر من السمات المميزة لمرض الصداع النصفى . إلا أن ممارستى لفرع تخصصى ثلاثين عاما أو تزيد ، يجعلنى أضع عدم وضوح شكوى المريض فى المكان الأول من أسباب عدم وضوح التشخيص ، فى الحالات القليلة التى أمر فيها بالمريض عبر دروب المتاهات المعملية والإشعاعية للتوصل إلى تشخيص .

ماذا يحدث إذا لم يكن وصف المريض لصداعه دقيقا ، أو إذا صادف الوصف الدقيق طبيبا غير متمرس فى أنواع الصداع ؟

أغلب الحالات تُشخص صداعا نفسيا ، وبعضها يُشخص مرضا فى الجيوب الأنفية ، وهذه التشخيصات مقبولة فى حدود التشخيص المفارق للصداع النصفى تحت بعض الظروف .

إلا أننى مضطر إلى ذكر تشخيص لا يمكن أن يقبل بديلا للصداع النصفى لأننى ما زلت أقابله بين آن وآخر فى بعض مرضاى ، وهذا هو تشخيص « آلام العصب الخامس » .

وأنا أذكره هنا لأنه ما زال موجودا فى الممارسة الطبية فى مصر ، وهو يُضيّع على المريض فرصة الشفاء لمدة طويلة . إذ أن بعض العقاقير التى تُعطى فى حالات « آلام العصب الخامس » يمكن أن تخفف بعض الشىء من آلام الصداع النصفى ، إلا أنها ليست كافية للوصول إلى نسبة الشفاء الذى نتوقعه الآن لحالات الصداع النصفى إذا ما أعطيت علاجا وقائيا فعالا لفترة كافية .

وأكثر من هذا وذاك ، وأنا أذكره لأن المريض نفسه يمكنه أن يتبينه من

مجرد معرفة نوع الألم ومكانه ، فآلام العصب الخامس تصيب الوجه وليس الرأس فوق الحاجبين كما جاء في تعريف الصداع السابق .

ثم إن آلام العصب الخامس آلام مبرقة خاطفة ، وكأنها تيار كهربائي حاد يأتي فجأة فيصعق المريض صعقا وتتقلص له عضلات وجهه ، ثم تذهب لتترك بعض الألم مؤقتا ثم يزول إلى أن تأتي الصاعقة التالية ، وهكذا .

ثم إن المريض يلاحظ أن برق آلام العصب الخامس تثيره لمسة للجلد أو حركة مضغ أو نسمة هواء ، أو احتكاك بمنشفة الوجه أو فرشاة الأسنان مما يجعله يحذر تلك الأشياء جميعا بقدر استطاعته . في حين أن الصداع النصفي يريحه ولو بعض الشيء الضغط على الصدغين أو ربط الرأس برباط محكم ، ولهذا فأنا أذكره هنا لأن في استطاعة المريض نفسه أن يفرق بين الألمين فيساعد طبيبه بوصف واضح لآلامه - نوعها أولا ومكانها إلى حد ما - ليصلا معا إلى هدفهما المشروع وهو التخلص من الألم .

وهنا يجب أن أحذر أيضا من إرجاع آلام العصب الخامس المبرقة إلى أمراض الأسنان . فكثيرا ما يضرب الألم في الأسنان أو اللثة ، فيأخذ المريض في خلع سن بعد آخر دون أن يكون بأسنانه مرض ، ودون أن يؤدى ذلك إلى اختفاء الآلام ، فيأتي المريض إلى طبيب الأمراض العصبية وقد استبدل بطقم أسنانه ضروسه وأنيابه وأسنانه السليمة ، ليزيد طقم الأسنان هذا من صعوبة التحكم في « آلام العصب الخامس » .

هذا هو الصداع النصفي - فما هو العلاج ؟ :

علاج الصداع النصفي علاج وقائي ، وكل ما يعرض في الأسواق من مسكنات تشتق أسماءها من اسم الصداع النصفي اللاتيني وهو « ميجران » ، لا تؤدى إلى تسكين الآلام إلا إذا لاحظ المريض الإنذارات المبكرة لنوبات الصداع وتناول جرعات كافية من هذه المسكنات قبل بدء النوبة - وأقول قبل

بدء النوبة ، إذ أنها تمنع الشرايين المتقلصة من التمدد الزائد الذى يسبب الصداع . أما إذا بدأ الصداع النابض فلا شيء يوقفه إلا انتهاء مدة النوبة ، وكل ما يعطى أثناء النوبة هو لمجرد التخفيف من معاناة المريض ليس إلا .

أما العلاج الذى ثبتت فائدته فهو علاج واق يعتمد على تنظيم إفراز المادة البروتينية (أو الأمينية)(*) المسببة لتقلص الشرايين . ولا أحب أن أفصل هذا العلاج ، فالعلاج في كل الظروف يجب أن يكون تحت إشراف طبى - ليس فقط لاحتياج العلاج إلى تشخيص صائب ، بل لأن كل شخص له تركيبه الفسيولوجى والكيميائى الخاص الذى يملى نوع العقاقير اللازمة وكميتها ومدة استخدامها . وهنا يمكن القول بأن ممارسة الطب هى تطبيق لحقائق علمية بطريقة فنية ، تحتمل الكثير من البدائل التى لا يستطيع تحديدها إلا الطبيب ، والتى تزداد رهافة كلما ازدادت خبرة الطبيب وقدرته على تبين الخصائص الفسيولوجية والكيماوية والنفسية لهذا الفرد بالذات الذى يصف له هذا العلاج بالذات . كل ما أحب أن أقوله هو أن العلاج الوقائى للصداع النصفى يحتاج إلى الاستمرار فى تناوله بانتظام ومثابرة لمدة لا تقل عن ثلاثة أو أربعة أشهر بعد اختفاء نوبات الصداع تماما ثم سحب العلاج تدريجيا ، حتى نتبين الحالات التى لا تكون قد وصلت إلى مرحلة الاحتياج المستمر للعلاج الكيميائى اللازم لعدم تكرار النوبات .

(*) الأمينات - أو الأحماض الأمينية : هى مركبات بروتينية بسيطة ، حيث يتحد عدد من الأحماض الأمينية لتكوين جزيء من البروتين .

الفصل الثالث

الغضاريف وعرق النَّسَا

الغضاريف أقراص مرنة تفصل بين كل فقرة من الفقرات العظمية والتى تليها لتمتص صدمات الحركة مثلها فى ذلك مثل يايات السيارات .

والعمود الفقارى(*) مكون من سبع فقرات عنقية ، واثنتى عشرة فقرة صدرية وخمس قَطَنية وخمس عَجُزية وبضع فقرات عصعصية(**) . فإذا ما ارتصت تلك الفقرات بعضها تحت بعض وألَّفا حركتها بالغضاريف المرنة تكونت قناة فقارية ، إذ أن كل فقرة عبارة عن حلقة مستديرة بها فراغ مركزى . فى هذه القناة الفقارية يمر الحبل الشوكى من موضع اتصاله بساق المخ الموجود فى أسفل الجمجمة ، هابطا وراء أجسام الفقرات وما بينها من غضاريف حتى يصل إلى الفقرة الأولى أو الثانية القطنية ، إذ أن الحبل الشوكى - وهو جزء من الجهاز العصبى المركزى - أقصر من القناة الفقارية التى يحتلها .

وعند كل فقرة يخرج زوجان من الأعصاب الشوكية - أيمن وأيسر -

(*) العمود الفقارى : هو ما يسمى بالعامية « العمود الفقرى » ، وهو مجموع عظام الظهر .

(**) الفقار العصعصية : هى مؤخرة العمود الفقارى التى تمثل الجزء المكون « للذيل » فى الحيوانات ذوات الذيول ، وهى فى الإنسان ضامرة وملتحمة ولا تخرج عندها أعصاب .

فيغادران الحبل الشوكى ، ويمر كل عصب فى القناة الفقارية حتى يصل إلى فتحة بين فقرتين متجاورتين فيخترقها ، ويبدأ رحلته نحو أعضاء الجسم التى يغذيها بالنبضات العصبية اللازمة للحس والحركة .

ويلاحظ أن لكل عصب شوكى جذرين : أحدهما أمامى حركى والآخر خلفى حسى ، يخرجان معا من كل جزء من الحبل الشوكى ليلتحما ويكونا العصب الشوكى الذى تمتزج فيه الأعصاب الحسية بالأعصاب الحركية . ولكننا يجب أن نتذكر دائما أن الجذر الحسى يأتى من الجزء الخلفى للحبل الشوكى ، والجذر الحركى يأتى من الجزء الأمامى للحبل الشوكى ، إذ أن لذلك أهمية فى تفسير الأعراض التى نقابلها فى حالات النتوء الغضروفى .

ويكفينى هنا أن أنبه إلى أن الأعصاب الشوكية فى المنطقة العنقية تجاور أجزاء من الحبل الشوكى ، وبذلك فإن ما يؤدى إلى الضغط عليها قد يؤدى أيضا إلى الضغط على الحبل الشوكى . وهنا لا تقتصر الإصابة على المنطقة العنقية التى تغذيها الأعصاب الشوكية العنقية ، بل تضغط أيضا على أعلى الحبل الشوكى الذى لا يزال يحتوى على مسارات الأعصاب النازلة والصاعدة فيه التى تغذى الحس والحركة فى الساقين والجذع .

أما فى حالة الفقرات القطنية ، فإنها إذا ضُغطت لا تجد أمامها إلا أعصابا شوكية قطنية وعجزية تغذى الساقين ، فى حين لا يكون هناك بعد أى جزء من الحبل الشوكى - إذ أنه ينتهى عند الفقرة القطنية الأولى أو الثانية على الأكثر ، ولذا لا تكون هناك ثمة فرصة للضغط على المسارات العصبية المغذية للساقين .

وهذه التفرقة مهمة ، فالضغط على العصب الشوكى يؤدى من الناحية الحسية إلى آلام واخزة وبعض النَمَل ، ومن الناحية الحركية يؤدى إلى ضعف العضلات مع ضمورها وارتخائها . فى حين يؤدى الضغط على المسارات العصبية فى الحبل الشوكى ، من الناحية الحسية إلى إحساس حارق أو

خدَر(*) ، ويؤدى من الناحية الحركية إلى ضعف مع توتر فى العضلات دون إحداث أى ضمور .

وهذه التفرقة أرجو أن نحتفظ بها فى ذهننا عند وصف الصورة الأكلينيكية الناتجة عن نتوء الغضاريف وما يشبهها من أوصاب العمود الفقارى فى منطقتيه العنقية والقطنية العجزية .

ما هى حكاية الغضاريف ؟ :

الغضاريف ـ كما ذكرت سابقا ـ أقراص مرنة تمتص الصدمات الميكانيكية فى أثناء حركة العمود الفقارى . وهى تؤدى هذه الوظيفة ما دامت محتفظة بمرونتها وما دامت باقية فى مكانها الطبيعى .

إلا أنها قد تفقد مرونتها بمرور الأعوام ، كما تفقد بقية أنسجة الجسم مرونتها كالجلد مثلا ، الذى يتهدل تحت العينين أو فوق الرقبة ، وهنا تصبح تلك الغضاريف معرضة للفتق والخروج من مكانها لتضغط على ما حولها من أنسجة .

وهناك خطر آخر يأتى من الحركات المفاجئة غير المحسوبة التى يتعرض لها العمود الفقارى ، خصوصا إذا ما مال الشخص ليلتقط جسما ثقيلا من الأرض ويرفعه وهو يفرد ظهره ، وهنا يحس فجأة بأن شيئا قد « طقطق » فى ظهره وأن ظهره تجمد عند وضع الانثناء ، وأى محاولة لفرده تسبب ألما شديدا وتقلصا فى عضلات الظهر . وهذه القصة كثيرة الورود على ألسنة المرضى ممن يحترفون حمل الأثقال أو عزق الأرض ، أو ممن يمارسون الرياضات العنيفة ممارسة غير منتظمة .

(*) الخدَر : هو فقد الإحساس ، كما يحدث عند تخدير الأعصاب قبل خلع الأسنان مثلا ، وهنا يشعر المريض بالخدر فى الخد واللثة .

ومن الطبيعى أنه إذا اجتمع فعل الزمن مع فعل الحركة غير المحسوبة ، فإن النتائج تكون أكثر توقعا وأشد وطأة .

ولكن ماذا يحدث فى مثل تلك الظروف ؟

الغضروف يتكون من جزءين : جزء مركزى هلامى القوام يشبه الجيلاتين ، يحيط به سوار من ألياف متينة صلبة . فإذا تعرض الغضروف لمثل ما ذكرت من يبس أو حركة مفاجئة ، انشقت الحلقة الليفية الصلبة وسمحت للجزء الهلامى بالخروج من الشق ليعيث فسادا فيما حول الغضروف من أعصاب أو حبل شوكى ، أو أربطة تمسك الفقرات بعضها إلى بعض أو أوعية دموية . وهذا ما نسميه « النتوء الغضروفى » .

إلا أن هذا النتوء ليس هو التغير الوحيد الذى يمكن أن يصيب الغضروف ، بل قد يغير الغضروف شكله إذا ما فقد مرونته ، فيتمدد أفقيا ويقل ارتفاعه عموديا ، فيقرب المسافة بين الفقرتين المجاورتين له ، فى حين يبرز الغضروف فى القناة الفقارية وهو سليم لم تنشق حلقته الليفية ، ولم تخرج نواته الهلامية من موضعها ، ولكنها أيضا تضغط على الأنسجة التى يمكن أن تضغط عليها النواة الناتئة فى الحالة السابقة .

ولا يقتصر فعل الزمن ولا الحركات المفاجئة على الغضروف فقط ، فهناك عظم الفقرات الذى قد يتأثر بالاحتكاك عندما تختل العلاقات الميكانيكية بين الفقرات والغضاريف اليابسة ، فيدافع العظم عن نفسه بتكوين زوائد عظمية عند حافة الفقرات ، جرى العرف فى مجتمعنا المصرى أن يسميها الأطباء « خشونة فى الفقرات » ، وأظن أن كثيرا من القراء قد وصل إلى سمعهم هذا المصطلح .

وفى حالة الفقرات القطنية والعجزية ، يكثر حدوث كل هذه التغيرات عند الفقرة القطنية الخامسة الفقرة العجزية الأولى ، وهما الفقرتان اللتان يخرج

عندهما العصبان الشوكيان المكونان لعصب يغذى الساق ، من منطقة الإلية إلى القدم ، وقد عرّفه أطباء العرب القدامى باسم « عرق النَّسَا » وليس « عرق النِّساء » كما هو شائع على ألسنة الجمهور ، أى بفتح النون وليس بكسرها ، وبدون همزة فى آخر الكلمة ، إذ أن هذا « العرق » أو العصب موجود طبعا فى النساء وفى الرجال . أما كلمة « عرق » فهى الكلمة التى استخدمها أطباء العرب القدامى للدلالة على كل تركيب تشريحى يمتد كالحبل ، وبذلك فهو يغطى ما نسميه الآن العصب والشريان والوريد ، ووتر العضلة .

أقف هنا قليلا لأشير إلى أن ما يعنيه الأطباء من مصطلح « نتوء غضروفى » أو « خشونة فى العمود الفقرى » أو « عرق النَّسا » يعنى بالنسبة للمريض نفس الشكوى ونفس الأعراض ما دام هناك ضغط على الأعصاب المغذية للساق . ولعل هذا يزيد حيرة بعض المرضى ، عندما يترددون على أكثر من طبيب فيسمعون من أحدهم واحدا من هذه الاصطلاحات ، فإذا ما انتقلوا إلى طبيب آخر ذكر لهم اصطلاحا بديلا ، كما ينبؤهم ثالث بالاصطلاح الثالث . فيقع المريض فى حيرة ، ويظن أن الأطباء قد اختلفوا فى تشخيص حالته ، أو أنه لغز طبى لم يستطع أحد أن يتوصل إلى حله ، ويقولها المريض أحيانا وهو فى حيرة واضطراب ، وأحيانا فى شىء من الزهو إذ أن حالته أعيت نُطُس الأطباء وأصبحوا أمامه صم بكم لا حيلة لهم ، وهو الوحيد صاحب البطولة فى هذا الموقف . فإذا أوضحنا الاختلاف اللغوى للمريض الأول اطمأن وهدأ وبدأ رحلة العلاج ، أما المريض الثانى فغالبا ما يرفض أن يترك دور البطولة أو دور الاستشهاد يفلت منه ، ويطالب بإجراء كونصلتو إذا كان متواضعا أو السفر إلى الخارج حسب الظروف .

وماذا عن عرق النَّسَا ؟ :

على كل حال ، نجد شيئا يضغط على محتويات القناة الفقارية ، فإذا كان ذلك الضغط فى المنطقة القطنية العجزية ، فالشائع أن تنضغط الأعصاب

الشوكية المكونة لعصب النَّسَا (أو عرق النسَا فى لغة أسلافنا الأطباء العرب القدامى) . فإذا كان الضغط واقعا على الجذر الخلفى الحسى للعصب كما ذكرت من قبل ، سبب ذلك ألما يبدأ عادة فى أسفل الظهر ثم يمتد إلى الإلية ، ثم ينزل إلى خلف الفخذ فسمانة الساق فالقدم فالأصابع . وقد يتوقف عند واحدة من تلك المحطات ، أو قد يبدأ أول ما يبدأ فى واحدة منها ، مثل الفخذ أو الساق ثم يمتد إلى أعلى أو إلى أسفل . كل ما يهم لكى نسميه « ألم عصب النَّسَا » هو أنه يمتد فى المنطقة التى يغذيها هذا العصب ، وأنه ألم واخز وكأن سيخا من الحديد ينغرز فى لحم الفخذ أو الساق . فإذا أضاف المريض أن هذا الألم يخف إذا ما استلقى على ظهره أو على أحد جانبيه ، ليزداد إذا ما جلس أو وقف ، وأنه يزداد إذا ما سعل أو (حَزَق) أو عطس ، تأكد لنا أن هذا العصب مضغوط بكتلة داخل القناة الفقارية ، وأن موضع الضغط يتأثر بحركة العمود الفقارى . وهذا يكفى لإرجاع هذا الألم إلى التغيرات المرضية السابق ذكرها ، والتى تصيب الغضاريف بين الفقرات .

وكثيرا ما يصاحب هذا الألم حدوث « نَمَل » - أى إحساس يشبه الوخز بالإبر ، أو مثل ما نحسه عندما تمر نملة فوق جلدنا - فى جزء من الفخذ أو الساق أو القدم . وعند الكشف على المريض تكتمل الصورة . فهناك علامات مرضية يستطيع الطبيب تبينها بالكشف الأكلينيكى ، ولعل أوضحها هو إحداث نفس الألم الذى يحسه المريض - وبشكل مضاعف ، إذا ما ثنينا الركبة والفخذ ، ثم فردنا الركبة بالتدريج ، فإذا ما وصلنا إلى زاوية فرد معينة يحس المريض بالألم إحساسا مفاجئا شديدا يصحبه تقلص العضلات فى باطن الفخذ ، ويزداد الألم أكثر وأكثر إذا ما ضغطنا القدم أيضا إلى أعلى أى قربناها ناحية رأس المريض .

عصب النَّسَا بدون ألم :

الصورة التى وصفتها فى الفقرة الأخيرة ، هى أكثر الصور شيوعا بين

مرضى الغضاريف القطنية ، وأظن أنها الصورة الوحيدة التى يتداولها جمهورنا فى أحاديثهم المفضلة حول الطب والمرض ، إلا أنها ليست الصورة الوحيدة بل وليست أهم الصور من وجهة نظر الطبيب .

فالألم وما يصحبه من تقلص عضلات الظهر ، والنَمل فى الفخذ أو فى الساق تحدث إذا ما هيجنا الجذر الخلفى الحسى من الأعصاب الشوكية ، ويحدث ذلك إذا ما برز الغضروف إلى الخلف مع انحراف إلى الجنب . وأنا أعتبر مثل هذا النتوء مفيدا للمريض من الناحية الطبية ، إذ أنه يوجه نظره بسرعة إلى ما حدث من تغيرات فى عموده الفقارى ، كما أن الألم يدفع المريض إلى تقبل العلاج والامتثال له دون معارضة .

فماذا لو خرج الغضروف عند خط الوسط ، وضغط على الجذر الأمامى الحركي للعصب ، بدلا من جذره الخلفى الحسى ؟ هنا تبدأ المشكلة ، فمثل هذا الضغط على الجذر الأمامى الحركى لا يسبب ألما ، وبذلك لا يشد انتباه المريض مبكرا ، ولكنه بضغطه على أعصاب الحركة ، يؤدى إلى ضعف العضلات فى الفخذ أو الساق ، فيلاحظ المريض أنه لم يعد قادرا على الضغط على روافع البنزين أو الفرامل في السيارة مثلا ، وقد يلاحظ أنه كثير التعثر أثناء المشى إذا ما صادفت قدمه حصاة صغيرة أو حافة سجادة . أما إذا ضعفت عضلة الفخذ ، فقد يجد المريض نفسه راكعا على الأرض دون سبب معروف ، ويتكرر هذا أثناء المشى ، ولكنه لا يحس ألما ولا نَملا أو يحسهما متأخرا .

هذه الصورة أشد خطورة من الصورة الأولى ، إذ أنها تسمح للمرض بالتفاقم والوصول إلى درجة من ضعف العضلات وضمورها لا يمكن إصلاحها ولا بالعلاج الجراحى ، الذى نضطر إليه لمجرد إيقاف المرض عند هذه الدرجة .

ألم أقل لكم إن الصورة الأولى - على ألمها ومعاناتها - أرحم من غيرها ، خصوصا عندما ننصح المريض بالتدخل الجراحى السريع فنجده مترددا ، يحاول التأجيل أو إعادة النظر فى التشخيص مما يضيع عليه فرصة العلاج الفعال . وأحب أن أضيف ناحية أخرى من نواحى خطورة هذه الصورة الثانية المتسللة الخبيثة فى مكرها ، فمن المعروف أن إصابة العضلات العاصرة المتحكمة فى التبول والتبرز والانتصاب أكثر حدوثا مع الصورة الثانية منها مع الصورة الأولى . كما أن الغضروف الذى يضغط عند خط الوسط يمكنه إصابة أعصاب الساقين معا فتكون الإصابة على الجانبين .

هل لعصب النَّسَا أشكال أخرى ؟ :

الرد بالإيجاب . ولكنها أشكال نادرة لا أجد لذكرها نفعا بالنسبة للقارىء العادى ، فيما عدا صورة واحدة قد تكون خادعة أيضا ، وتحدث إذا ما وقع الضغط أساسا على الشرايين المغذية للأعصاب فى أثناء مرورها فى الفتحات بين الفقرات ، إذ أن ذلك يؤدى إلى نَمَل بعد فترة من السير وتعب سريع فى الساقين .

وقد أردت ذكر هذا إذ أنه يشبه بعض الشيء الصورة الناشئة عن ضيق الشرايين المغذية لعضلات الساق وجلده ، بحيث قد يضيع بعض الوقت فى محاولة العلاج على هذا الأساس الأخير ، قبل تبين السبب الحقيقى لشكوى المريض وهو الضغط على الشرايين الداخلة بين الفقرات لتغذية أعصاب الساقين ، وليست الشرايين المنتشرة بين عضلات الفخذ والساق لتغذيتها وتغذية الجلد فوقها .

وماذا يحدث فى المنطقة العنقية ؟ :

عرق النَّسَا (أو عصب النَّسَا) عصب يغذى عضلات الساق ، وله نظائر فى منطقة العنق ، هى الأعصاب الشوكية بين الخامس العنقى والأول والثانى

الصدرى ، وهى مجموعة الأعصاب المكونة لضفيرة عصبية تسمى « الضفيرة الذراعية » وتغذى عضلات الكتف والعضد والساعد والكف .

وأكثر هذه الأعصاب تعرضا للضغط بالغضاريف العنقية هى العصبان الخامس والسادس العنقيان ، ويعود ذلك إلى خصائص ميكانيكية فى تركيب الفقار العنقية وما تتعرض له عند حركة العنق . فإذا ما انضغطت تلك الأعصاب أحس المريض بآلام فى الرقبة تنتشر إلى الكتف وإلى الجانب الخارجي من العضد والساعد ، وقد تصل إلى أصابع الكف مع تَمَل فى هذه المناطق - أى أنها صورة مناظرة لعرق النَّسَا ولكنها تصيب الذراع بدلا من الساق .

والشكوى النمطية - أى الأكثر حدوثا - تشمل آلاما فى الرقبة تظهر وتختفى من آن لآخر - خصوصا عند القيام من النوم ، أو بعد التعرض لحوادث السيارات التى تعقب إيقاف السيارة إيقافا مفاجئا فترتج الرقبة إلى الأمام والخلف وكأنها ضربت بسوط . والملاحظ أن الألم هنا لا يأتى بعد الحادث مباشرة بل قد تنقضى عدة أيام قبل أن يبدأ فى الظهور ، ولكنه يتكرر بين وقت وآخر ، وقد تقصر المدة بين نوبة وأخرى ، ثم يبدأ الألم الواخز فى الكتف والعضد ، وهكذا . ونلاحظ هنا أن هذه الآلام قد تشبه أحيانا الآلام المصاحبة لضيق شرايين القلب ، خصوصا إذا ما أصابت الذراع اليسرى ، إلا أن التمييز بينهما يسهل على الطبيب ، وإن كان الأمر يختلط على المريض خصوصا من سمع أو قرأ شيئا عن آلام القلب .

وكما يحدث فى الساق ، فقد يصاحب ذلك الألم ضمور وضعف فى العضلات إذا ما حدث الضغط على كل من الجذر الخلفى الحسى والجذر الأمامى الحركى للأعصاب الشوكية المغذية للذراع . وكما ذكرت فى عرق النَّسا ، فالطبيب يرحب بالألم الذى يأتى بالمريض مبكرا ويجعله متقبلا للعلاج فى مرحلة يجدى فيها العلاج ويحقق الشفاء الكامل .

أما إذا اختص الضغط الجذور الأمامية أو شملها بالإضافة إلى الحبل الشوكي - وهو هنا موجود في الجزء العنقي من القناة الفقارية ، فالصورة يغشاها كثير من الخطورة والتشاؤم . فضعف عضلات الذراع والكف وضمورها يتسللان في حين غفلة من المريض الذى لا ينبهه ألم . كما أن الضغط على الحبل الشوكي يصيب الساقين بالضعف والتقلص والارتعاش ، وقد يؤثر على التحكم في التبول والتبرز . وبذلك يزلزل المريض زلزالا ، وهو في غفلته يرجع ذلك يوما إلى الإرهاق ويوما إلى برودة الجو . والأدهى من ذلك أن هذه الصورة وما يتم فيها من فقد في الحركة وغيرها ، يصعب إرجاعها إلى حالة السواء بأى نوع من العلاج ، بل يقتصر أملنا في العلاج على إيقاف التدهور وبعض التحسن وليس كله .

وهنا أحب أن أنبه إلى أن كثيرا من هؤلاء المرضى يقصدون الطبيب وشكواهم تقتصر على ما أصاب الساقين من ضعف وتصلب واحتكاك بالأرض كلما أرادوا السير . فإذا ذكرنا لهم أن السبب يكمن في الرقبة صعب عليهم تصور هذا ، فلا يتقبلونه ولا يرضون بعلاج الرقبة وتثبيتها ، ويتصورون أن التحسن الذى لا يأتى إلا بعد فترة ولا يصل إلى درجة تريحهم ، إنما يرجع إلى خطأ في تشخيص موضع الإصابة . وذلك مثال لما قد يحدث من سوء فهم بين المريض وطبيبه . إذ أن تشخيص الطبيب لا ينطبق مع الصورة التى بناها المريض لنفسه في تصوره لأجزاء جسمه . وكل منا لديه مثل هذه الصورة يكتسبها عن طريق المعايشة اليومية مع أعضاء جسمه ، لكنها لا تكون مطابقة للحقائق التشريحية والفسيولوجية تماما ، إلا لمن درس تشريح الجسم البشرى ووظائف أعضائه .

ويذكرنى هذا الموقف بنصيحة كانت تقال لنا في طفولتنا لنهينا عن الأكل وقوفا ، إذ كان يقال لنا إن الأكل سيتسرب إلى الأقدام ما دمنا واقفين ونحن نأكل . وكان يسهل علينا الاقتناع بذلك ، إذ يمكن أن نتصور جسمنا وقد شابه

الكيس المفتوح من أعلى ، فإذا ألقينا فى فتحته شيئا فإنه يرسب إلى أسفله . ومثل هذا أيضا ما كان يقال لنا ألا نشرب بعد الانتهاء من بذل المجهود الجسمى مباشرة - خشية أن يتسرب الماء إلى الرئتين . وفى هذا إشارة إلى أن ما نلقاه من انبهار الأنفاس بعد المجهود العضلى يجذب الهواء إلى الرئتين بشكل لافت للنظر ، فلماذا لا يأخذ هذا الهواء معه ما نشرب من ماء فيلقى به فى الرئة أو حولها .

أما أظهر مثال على وجود صورة فى ذهن الإنسان قد لا تنطبق مع الحقائق التشريحية ، فهو ما نلاحظه عند المريض الذى بُترت ساقه مثلا ، فقد يشكو من ألم فى أصبع القدم أو فى الساق المبتورة ، حتى بعد بترها بل وبعد أن يتبين له بالنظر إليها أنها غير موجودة ، وذلك يعود إلى أن المخ لم يزل يحتفظ بصورة هذه الساق المبتورة ، ويرجع إليها الألم أو زحف الحشرات فوقها أو وقوع ماء ساخن عليها . وهى ظاهرة معروفة فى الطب باسم « الطرف الشبح » ، أى أن الطرف المبتور يستمر فى الظهور فى مخيلة المريض وكأنه « شبح » .

توقفت كل هذه الوقفة لأبين واحدا من أسباب اختلاف وجهة النظر بين المريض والطبيب . وفى مثالنا حول الغضاريف العنقية يحتاج هذا الاختلاف إلى مناقشة مع المريض حتى يتعاون فى العلاج ويستمر عليه . وهناك أمثلة كثيرة أخرى تقابلنا نحن الأطباء تحتاج إلى مثل هذا التفسير وهذه المناقشة لفك الاشتباك ، عندما يشكو المريض مر الشكوى من عرض ما ويرى الطبيب فى هذه الشكوى نفسها دليلا على بدء الشفاء !

هل من علاج لأوصاب الغضاريف ؟ :

هناك علاجات كثيرة مفيدة وضرورية ، إذ أنها تأتى بالشفاء الكامل فى كثير

من الأحوال ، إذا ما شُخصت الحالات فى مراحل مبكرة والتزم الطبيب والمريض بمنهج مناسب للعلاج .

ولا أحب أن أفصّل فى طرق العلاج ، فأنا على يقين أن العلاج من مسئولية الطبيب فقط ، أما المريض فدوره تنفيذ العلاج بدقة وبانتظام ، وعليه أن يعطى الطبيب مؤشرات عن سير العلاج حتى يصحح المسار عند اللزوم . أما تدخل المريض فى العلاج فإنه يفسد الموقف كله ، ولعل هذا ما يحدث كثيرا عندما يكون المريض طبيبا - فيشارك فى علاج نفسه ويشترك معه ثلة من زملائه ، دون أن يكون هناك عقل واحد يقود المعركة بطريقة موضوعية .

ولكن هناك بعض المؤشرات أرى فائدة لذكرها - منها :

- الألم وحده لا يدعو إلى إجراء جراحة ، وإذا أجريت استمر احتياجنا إلى نفس العلاج الطبى والطبيعى بعدها .
- الجراحة - والجراحة العاجلة - تكون ضرورية إذا ما حدث أى فقد فى الوظيفة الحركية أو الحسية فى حالة الغضاريف القطنية . أما فى حالة الغضاريف العنقية ، فهناك كلام كثير لا أحب أن أدخل المريض فى دروبه الملتفة ، ولكنى على يقين بعد ممارسة ربع قرن أو يزيد أن البعد عن الجراحة - أى جراحة - مغنم كبير عند إصابة الغضاريف العنقية .
- العلاج الطبى يتوقف أساسا على تثبيت الفقرات بالرقبة البلاستيكية المرنة فى العنق دون إجراء أى شد للفقرات ، وبالحزام الساند للظهر فى المنطقة القطنية . ولهذه الرقبة ، وذلك الحزام الساند للظهر منهج موقوت يحدد طريقة استخدامها ومدة هذا الاستخدام ، لا أحب أن أفصله هنا ، ولكنهما البديلان العمليان لأى « راحة تامة فى الفراش » لا يقوى عليها مريضنا المصرى ولا تتناسب مع عاداته ، خصوصا مع عادات التبول والتبرز .

وتضاف إلى هذا التثبيت عقاقير تسكن الألم وأخرى ترخى العضلات ،

ونبدأ بتمارين التقوية لعضلات العنق والقَطَن (أسفل الظهر) فى الوقت المناسب .

أقول قولى هذا بعد أن عالجت آلاف الحالات وبعد أن تابعت آلافا أخرى أجريت لهم جراحات ، وأقول قولى هذا مخلصا فى نصحى للمرضى ، ومبرءا ذمتى الطبية ، ومتجنبا لجدل كثير لا أحب أن أدخل فيه شخصيا - وبخاصة لا أحب أن يدخل فيه المرضى .. ولله الأمر من قبل ومن بعد .

الفصل الرابع

للصَرْع مائة صنف وصنف

أقول أولا أن الاسم العربى الصحيح ينطق بسكون الراء ، فالمرض اسمه الصَرْع . أما صَرَعَ ، وهو اللفظ الشائع بين الجماهير فهو الفعل ـ فيقال صَرَعَ فلان فلانا ، أى طرحه أرضا .

أما أصناف الصرع فتقرب فعلا من المائة ، والتزاما بقدر من الواقعية لم أخضع لإغراء التعبير الشائع « ألف صنف وصنف » .

أبدأ حديثى بذكر تنوع أشكال الصرع . إذ أن تشخيص الصرع ما زال ـ مع الأسف ـ وصمة فى ذهن الكثيرين حتى بين الأطباء . وهو فى نفس الوقت محاط بظلال من التشاؤم ـ إذ لا يزال معظم الناس يظنون أن حالات الصرع لا شفاء منها ، وليس هذا صحيحا على الإطلاق . إلا أننى أتوقع دائما أن أرى الدموع تفيض من عيون الأمهات ، وأحيانا الآباء ، عندما يصرون على معرفة ما أصاب ابنهم أو ابنتهم من مرض ، ولا يرضيهم التعبير الذى ألجأ إليه كثيرا لتجنب ذلك الاسم سيىء السمعة ، فأقول إن النشاط الكهربى للمخ غير منتظم ، ويصرون على شفاء غليلهم فأجد نفسى مضطرا إلى النطق بكلمة « الصَرْع » ، خصوصا بعد أن يواجهنى بعضهم بما هو مكتوب فى البيان الموضوع فى علبة الدواء . وهنا أصبح فى موقف لا أحسد عليه ، ويكون علىَّ أن استرخى ولا أفكر فى مضى الوقت ، وأبدأ فى شرح معنى الصرع من الناحية العلمية مع انتقاء الألفاظ المناسبة لشخصية الأم ، أو الأب صاحب

القائمة الطويلة من الأسئلة ـ خوفا من أن يفلت منى لفظ أو آخر يكون له معنى خاص عند صاحب الأسئلة . وعلى ما يكلفنى مثل هذا الموقف من مجهود ذهنى إلا أننى أتقبله راضيا ، إذ أن خوضه بنجاح هو مفتاح العلاج بعد ذلك ، حيث يتوقف عليه تعاون الآباء ، وكذلك تعاون المريض نفسه إذا كان هو مصدر السؤال . وهنا أصر على أن يبقى المريض ، ولو كان طفلا ، فى أثناء المناقشة . ولا أحب تشجيع الآباء على إرسال ابنهم المريض خارج غرفة الكشف ـ وهو مطلب شائع خصوصا عند الأمهات اللاتى استولى عليهن قلق ممض واكتئاب ثقيل . إذ أن الطفل خارج الغرفة قد يستولى عليه الشك وغموض الموقف ، وتبدأ من هنا رحلة المتاعب النفسية التى تسببها معاملة الوالدين لطفلهما ، فتضر بشخصيته أضعاف أضعاف ما قد يصيبه من ضرر الصرع نفسه .

وقد فكرت طويلا فى سبب هذا الموقف الذى يتخذه معظم الناس من مرض الصرع فتوصلت إلى بعض الأسباب ـ لا أدعى أنها شاملة مانعة ، ومنها :

أولا : الصورة النمطية لنوبات الصرع هى « النوبة الكبيرة » ، التى يفقد فيها المريض وعيه كاملا ، ويسقط على الأرض وقد تقلصت عضلاته ثم انتفضت انتفاضات شديدة ، فيخرج الزبد من فمه بعد أن يزرق وجهه ، وقد يعض لسانه فيخرج هذا الزبد مختلطا بالدم ـ ومنظر الدم مرعب لمن لم يتعود عليه . وعلى العموم يظن من يلاحظ المريض أنه فى حالة ألم شديد ـ وهذا ليس صحيحا بالمرة ، وأنه على وشك الوفاة إن لم يكن قد توفى فعلا ـ وهذا أيضا يبعد كثيرا جدا عن الحقيقة ، إلا أن هذا هو مفهوم الصرع عند غالبية الناس ، فإذا أصيب ابنهم بنوع آخر من الصرع ـ بمعناه الطبى العلمى ـ صعب عليهم أن يتقبلوا مثل هذا التشخيص .

ثانيـا : الصرع فى المفهوم الشائع مرض مزمن لا شفاء منه ، وقد يكون

محاطا بظلال من الجنون أو تدهور الشخصية ، وبذلك فهو وصمة من المستحب إنكارها ونفيها عن أعز الناس لدينا - أبناؤنا وبناتنا أو أخواتنا أو زوجاتنا .... الخ .

ثالثـــا : هناك وإلى الآن بعض من يفسر نوبات الصرع على أنها مس من الشياطين ، بل وقد وقع فى يدى بعض الكتب الصادرة عن بعض الكتّاب الذين يتناولون قضايا دينية ، تناقش الصرع بهذا المفهوم . وهنا تختلط الأمور على المريض أو من هو مسئول عنه ، فإما أن ينفى عن نفسه الوقوع تحت مس الشيطان ، وإما أن يقتنع بأن الخلاص من هذا المرض فى يد الدجالين والمشعوذين - وفى هذا ما فيه من الدخول فى دوائر خبيثة . بل وقد علمت أن فى بعض البلاد العربية الشقيقة لا يحاول أهل المريض علاجه ، ظانين أن مريضهم على صلة بالذات الإلهية ، وأنه من الممكن أن يفيض ببركاته على من يحتاجها من الناس ، بل ومنهم من يستغل هذا المريض ليتكسب من ورائه .

رابعـا : هناك مفهوم - لا يقوم على حقيقة علمية - أن مرض الصرع من الأمراض الوراثية . ويتبع ذلك أن الوصمة ستلحق بالأسرة كلها ، وأن قيودا سوف تفرض على المريض إذا ما أراد ممارسة حقه فى تكوين أسرة فى المستقبل .

خامسا : هناك بعض المدارس ترفض إبقاء مرضى الصرع بين تلاميذها ، حتى بعد توقف النوبات وعودة الطفل إلى الحالة السوية تماما - وهذا يضع عقبات أمام الوالدين ، خصوصا فى ظل الظروف التى يمر بها مجتمعنا المصرى من ازدحام المدارس وصعوبة إلحاق الأطفال بالمدرسة التى تروق للوالدين .

كل هذه الأسباب - وربما تبينت أسبابا أخرى غيرها - أجد فيها تفسيرا لهذا

الموقف الصعب الذى يواجهنى عند أول إعلان لتشخيص مرض الصرع ، ولعل أول الأسباب التى ذكرتها هو أهمها . فتعالوا معى نستعرض بعض أنواع الصرع ، لعل فى ذلك ما يجعل الجمهور على استعداد لتقبل التشخيص تمهيدا للمعاونة فى العلاج .

أنواع الصرع :

أكثر أنواع الصرع شيوعا هى :

(١) النوبة الكبيرة :

وهى النمط المشهور الذى وصفته فيما سبق .

(٢) النوبة الصغيرة :

ولا يفقد فيها المريض وعيه بل لا تتعدى النوبة ثوانى من « السرحان » ، يبدو فيها الطفل محملقا فى فراغ ، وقد ترتجف جفونه ويشحب وجهه قليلا ، ثم يعود إلى اتصاله بما حوله دون أن يتبين ما ألم به من « غفوة » . وكثيرا ما تمر هذه النوبات دون أن يتبينها أحد ، إلا أنها تؤثر على انتباه الطفل - وأكرر ذكر الطفل هنا إذ أن هذا النوع يكاد يكون مقصورا على سن الطفولة ، فيضعف تحصيله فى المدرسة ، ويُحول إلى الأخصائى الاجتماعى أو الطبيب النفسى لتبين سبب تدهور مستواه الدراسى .

إلا أن المدرس قد ينتبه إلى هذه الغفوات أو قد ينتبه إلى وجودها الوالدان . وقد يلفت النظر إليها أن الطفل يسقط ما فى يده أحيانا ، أو يسقط هو نفسه إلى الأرض للحظات ثم يقوم ، فإذا ما تكرر ذلك منه ، أتى به الوالدان إلى الطبيب .

وهذه النوبات يسهل التأكد منها بالفحص فى العيادة - إذا كانت كثيرة

وتصادف أن حدثت أثناء الفحص ، أو بالتخطيط الكهربائى للمخ (رسام المخ الكهربائى) فلها نمط مميز .

(٣) النوبة النفسية الحركية (أو النفسحركية) :

وهذه النوبات يصعب تشخيصها على غير المختصين من الأطباء . إذ أنها لا تسبب فقد الوعى ، بل يظل المريض فى أثنائها متفاعلا مع ما يحيط به من أفراد أو أشياء ، ولكنه يكون فى حالة تشبه الحلم ، أو بتعبير أدق تشبه ما يعترينا أحيانا عند إيقاظنا من النوم ، إذ نظلُ لعدة دقائق نجيب على أسئلة أو نأتى بأفعال بشكل شبه آلى وبعدها نسترجع وعينا الكامل أو نعود إلى النوم ، وفى الحالتين لا نستطيع أن نتذكر تماما ما حدث منا فى أثناء تلك الفترة « الأوتوماتيكية » . ولعل أوضح مثال لها ما يحدث أحيانا فى رمضان ، عندما نوقظ أحد أفراد الأسرة من نومه ليتناول سحوره ، فإذا به يرفض تناول الطعام ، وقد يغادر فراشه ويستعد للتوجه إلى مائدة السحور ثم يعود للنوم ، فإذا جاء صباح اليوم التالى ، أنكر تماما كل هذ الوقائع ، وما هو بكاذب بل كان فى هذه الحالة من غيام الوعى دون فقده .

إذن فالمريض يبدو للناظرين وكأنه فى حالة وعى تام ، وإن كان فى غيبة . ولذا فكل ما يقوله أو يفعله قد يفسره الآخرون على أنه سلوك مقصود يحاسب عليه ، وبالتالى قد تدور مناقشة بينه وبين من يحيطون به ، وقد يمنعونه من إتيان فعل ما دون جدوى . ولما كان سلوك المريض فى أثناء تلك النوبة عدوانيا فى أغلب الحالات ، فقد تؤدى محاولة إيقافه عن الحركة إلى ازدياد شدة هذه العدوانية ، فيؤدى ذلك إلى أفعال يعاقب عليها القانون . وهنا تنشأ مشكلة قانونية ، فحكم القانون هنا يصعب تحديده ، إذ أنه يتوقف على إقناع القضاة بأن المريض لم يكن فى تمام وعيه وبالتالى فهو غير مسئول عما بدر منه .

وكثيرا ما تأخذ تصرفات المريض أنماطا تقرب من الصورة الأكلينيكية لبعض الأمراض العقلية مثل الفصام ، فيعالج على هذا الأساس . أما أكثر الحالات فتفسر عادة على أنها سلوك إجرامي يستحق العقاب ، أو تصرفات غير لائقة تستحق اللوم و « التربية » من الوالدين . وبعضها تُشخص على أنها « هيستريا » ، وهو التشخيص الأسهل الذى يلجأ إليه كل من لا يستطيع تفسير عرض ما - سواء كان هضميا أو قلبيا أو عصبيا أو آلاما فى العضلات والمفاصل .

على هذا الأساس لا يكون مستغربا أن معظم هذه الحالات تأخذ مسارات ملتوية ومتعددة قبل أن تُشخص التشخيص السليم وتعالج العلاج الناجع ، خصوصا وأنها تأتى فى نوبات ، يكون المريض فيما بينها سَويًّا من كل ناحية ، فيظن أن تشخيص « الفصام » مثلا كان تشخيصا صحيحا ، وأن المريض قد شفى ولو إلى حين .

كيف إذن يمكننا « التقاط » هذه الحالات ؟

أول ما يلفت النظر أن النوبة تأتى بغتة دون مقدمات وبلا مبررات من الظروف المحيطة بالمريض ، ثم نلاحظ أن تصرفات المريض فى أثناء النوبة لا تشبه نمط سلوكه المعتاد من قريب أو بعيد . ويحضرنى هنا مثال لطالب ثانوى كان يقود سيارة العائلة ، وفجأة توقف وغادر السيارة ، ليعدو بأسرع ما يمكنه ويصرخ بأعلى صوته وكأنه يخاف شيئا مفزعا ، وهو الشاب الوديع دمث الأخلاق المتميز فى دراسته . وقد فُسرت هذه النوبة أول الأمر على أنها أحد الاضطرابات التى تصاحب فترة المراهقة . إلا أن تكرارها وما صاحب ذلك من بعض التدهور فى مستوى تحصيل هذا الطالب ، جعل والده يلجأ إلى الاستشارة الطبية ، وهنا اتضحت حقيقة الحالة ، وتم علاجه والتحق بكلية الهندسة وكسب الوطن مهندسا .

هذه النوبات المباغتة وما يظهر أثناءها من سلوك يبدو وكأنه إرادى له

هدف ـ ولو أنه مخالف لما يعرف من سلوك المريض فيما بين النوبات ، ثم ما يعقب ذلك من نسيان لهذه النوبات ، هى العلامات المشخصة لهذا النوع من النوبات الصرعية .

ولكن أين دور رسم المخ الكهربائى فى هذا المجال ؟

فى نسبة كبيرة من الحالات يمكننا تبين تغيرات كهربائية فى نشاط المخ فيما بين النوبات ، فإذا ظهرت هذه التغيرات كانت مؤكدة للتشخيص ، إلا أن غيبتها ليست دليلا على أن الحالة ليست صَرْعا . وهذه نقطة مهمة ، إذ أن أهل المريض عندما يتسلمون رسم المخ من المتخصص فى هذا النوع من الفحوص الطبية ، ويجدون أن التقرير يبين أن التخطيط سليم ، فقد يترجمون هذا بأن تشخيص الصرع لم يعد قائما . وليس هذا بالاستنتاج الصحيح ، فتشخيص الصرع يقوم أساسا على الصورة الاكلينيكية ثم يدعمه وجود الاضطراب الكهربائى ، ولكن التشخيص لا يعتمد بالضرورة على وجود الاضطراب الكهربائى .

ولكن إذا ما ظهر الاضطراب الكهربائى فى رسم المخ ، فإنه يعين الطبيب فى تنظيم مدة العلاج وكمية العقار المستخدم فى العلاج . ولذا فنحن نعيد ذلك الرسم بعد عامين من اختفاء النوبات ، فإذا اختفى الاضطراب السابق تبينه عند بدء العلاج كان من الممكن أن نسحب العلاج فى وقت قصير ، وإلاّ فمن الضرورى إطالة مدة العلاج حسب الحالة .

للصَرْع أوجه لا تعد ولا تحصى :

الأنواع الثلاثة التى ذكرتها هى أشهر أنواع الصرع ، ولكن الطب العصبى قد تبين وجود أنواع عديدة من الصرع لا يمكن تصنيفها تحت الأنواع الثلاثة السابق ذكرها ، بل ولا يتأثر فيها الوعى ، ولكنها كلها تتميز بحدوثها فى شكل نوبات مباغتة من اضطرابات الوظائف الجسمية ، وتصحبها غالبا تغيرات فى

رسم المخ الكهربائى ، كما أنها تستجيب للعلاج بالعقاقير المضادة للصرع .

ويمكنك يا صديقى القارىء أن تتبين حيرة الطبيب عندما يسأله مريض بمثل هذه الأنواعَ من الصرع ، عن اسم مرضه وسببه . هل يخبره الطبيب بالاسم الطبى للمرض ، فنقع فى متاهات الأفكار الخاطئة السائدة عن « الصَرْع » ، أم يخفى عنه هذا الاسم . أنا شخصيا أفضل استخدام مصطلح « اضطراب فى وظيفة المخ الكهربية » وأمرى إلى الله ، آملا أن يكون فى هذا المصطلح إجابة حقيقية عن السؤال ، هى فى نفس الوقت بعيدة عن غياهب الظنون المحيطة بلفظ « الصرْع » .

ولتبق معى يا صديقى القارىء فى مسلسل الحيرة التى يمر بها الطبيب عندما يسأله مريضه ـ أو أحد أقربائه الذى يتولى مهمة المدعى العام ـ عن سبب هذا المرض . ولتأخذ بيدى لأضع كلمات بسيطة من لغة الحياة اليومية على لسانى ، لأصف بها حقائق فسيولوجية وطبية يصعب شرحها بالكامل حتى فى لغة الطب العلمية المستخدمة فى دراسة الطب . ويستمرّ مسلسل الحيرة لكى يقابل محاولة المريض ـ أو مدعيه العام ـ أن ينفى عن نفسه وعن جدوده جيلا بعد جيل ، الإصابة بهذا المرض . ولتستعين معى بالصبر لكى تصمد أمام شلال الأسئلة عن مدى تأثير هذا المرض على النسل ، وهل يمنع من الزواج أم لا ، وهل نخبر العريس المنتظر عنه أم لا و ... و ... و ... ، وهنا نتبين كيف أن تشخيص الصرع قد لا يأخذ من الطبيب المتمرس أكثر من بضع دقائق ، فى حين يستغرق الرد على كل هذه الأسئلة وغيرها ساعات وساعات . ولا تحسبن أننى أبالغ عندما أقول ساعات وساعات ، بل هى ساعات من الإرهاق الذهنى للطبيب . إذ ينتقى الألفاظ انتقاء حسب شخصية السائل ومدى انفعاله ومقدار ثقافته ، وإذ يحرص على المبادرة بالإجابة ولا يسمح له بالتفكير ، وإذ يحتفظ بتملكه لانفعالاته بل وعليه أن يبقى مبتسما ، فى نبرات صوته استبشار وثقة ، وفى جلسته وحركات أطرافه غياب كامل عن التململ أو الضيق .

ثم هناك الطامة الكبرى ، عندما يكتفى المريض بتعبير « اضطراب الوظيفة الكهربائية للمخ » ثم يحصل على العقار ، فتسرع أصابعه ـ أو أصابع المدعى العام ، وهو شخصية مهمة جدا فى الممارسة الطبية ـ لتنتزع « النشرة الطبية » المصاحبة لزجاجة الكبسولات ، فيقرأ فيها أول ما يقرأ « علاج مضاد للصرع » . وأعلم أن تلك الطامة قد وقعت ـ ولا حول ولا قوة إلاّ بالله ـ عندما يعود إلىّ المريض مصرا على مقابلتى مرة أخرى ـ أو تحت الظروف المخففة عندما أتلقى منه مكالمة تليفونية . وأخف الاحتمالات أن يستفسر المريض عن مدى توفيق الصيدلى فى صرف العلاج المكتوب فى تذكرتى ، إذ أن المريض يظن أول الأمر أن هناك خطأ فى قراءة تلك التذكرة . وفى الدرجة الثانية ، يعاتبنى المريض ـ أو مدعيه العام ـ على هذه الوصمة التى ألحقتها به أو بموكله . أما الدرجة الثالثة فهى انفجار المريض رافضا تناول هذا العقار الذى لا يتناوله إلا « المجانين » .

أتراك يا صديقى القارىء ما زلت معى متتبعا هذا المسلسل التراجيدى ، أم أنك آثرت الابتعاد عن مهنة الطب ، التى يهواها أكثر من ٩٠٪ من مواطنى الأعزاء ؟

على كل فهناك أمل يزداد سنة بعد سنة فى تقبل الجمهور للمفاهيم الجديدة لمرض الصرع . كما أننى لم أفقد الأمل أن يقرأ المريض وأهله والمدعون العامون أول ما يكتب على النشرة الطبية وأنها موجهة إلى الهيئات الطبية وليست للجماهير العريضة ، ففهمها يحتاج إلى خلفية طبية راسخة ، وتطبيقها غير مسموح به إلاّ لمن أذن له بمزاولة مهنة الطب قانونا . كما أننى لم أفقد الأمل فى أن يكف الزملاء الصيادلة عن إعطاء نصائح طبية ـ أشهرها أن يكف المريض عن تناول العلاج ما دامت النوبات قد توقفت . فحسب خبرتى الشخصية ، فإن مثل تلك النصيحة هى أول أسباب انتكاس الحالات والاضطرار إلى بدء منهج علاجى جديد .

الفصل الخامس

الفيروس والجهاز العصبى

الفيروس كلمة تتناقلها الألسنة بكثرة فى عصرنا الحالى بحيث يخيل لى أنها أصبحت إحدى « موضات » العصر ، التى يتجمل بها كل من يريد أن يحيط نفسه بهالة من الثقافة والأهمية الاجتماعية .

ولكن ما هو الفيروس ؟

إذا كنا نقسم ما على الأرض وما بداخلها أو فى أجوائها إلى أحياءٍ ومواد غير حية ، فعندما نأتى إلى الفيروس تنتابنا حيرة ، فما هو بالحى ولا بغير الحى !

فهو جزىء كيماوى ليست له مميزات الحياة من النمو والتكاثر ما دام خارج الخلايا الحية ، فإذا ما دخل تلك الخلايا الحية ، فهو ينمو ويتكاثر ويؤثر فى هذه الخلايا الحية وقد يسلبها حياتها .

وهو بهذا يخالف البكتريا ، التى تعد علميا نوعا من أنواع النبات . فالبكتريا كائنات حية دقيقة تستطيع أن تنمو خارج الخلايا الحية ، وإن كانت تستطيع غزو تلك الخلايا إذا لزم الأمر .

فما بال هذا الفيروس والجهاز العصبى ؟

لو استعرضنا الأمراض التى يسببها الفيروس لوجدنا أن نسبة الأمراض

العصبية منها نسبة عالية مقارنة بباقى أجهزة الجسم . وكذلك عندما نستعرض الأمراض المعدية التى تصيب الجهاز العصبى نجد أن غالبيتها تنشأ عن العدوى بالفيروس ، وكأن هناك حالة عشق بين الجهاز العصبى والفيروس . ولعل ثراء الجهاز العصبى بالدم ، والمواد النووية الموجودة فى خلاياه هما سبب هذا العشق الفيروسى للجهاز العصبى .

عندما بدأت دراسة الطب ، كان الفيروس فى أول مراحل اكتشافه ومعرفة أثره على أنسجة الجسم المختلفة ، ولذا كنا نتدارسه فى عجالة عندما يأتى منهج « الكائنات الدقيقة » أو « البكتريولوجى » إلى نهايته . وكنا لا نعرف من آثار الفيروس على الجهاز العصبى ، إلاّ أنواع العدوى الفيروسية الحادة ، وأشهرها شلل الأطفال .

فى هذه الأمراض الفيروسية الحادة ، يدخل الفيروس إلى الجهاز العصبى ، فيقابله هذا الجهاز بثورة قد تبقى تحت الرماد فلا تظهر إلا فى شكل صداع عابر أو بعض الآلام التى تشبه الانفلونزا ، ولكنها فى بعض الأحيان قد تنقلب إلى التهاب سحائى حيث يعقب الصداع المرير تيبس فى الرقبة وقىء وحمى ، وربما حدثت غيبوبة . أو قد تحدث الثورة فى شكل التهاب فى الدماغ تصحبه غيبوبة وشلل فى الأطراف كلها أو بعضها . أما فى حالة شلل الأطفال ، فالثورة تتركز أكثر ما تتركز فى الحبل الشوكى ، وبعد مدة قصيرة من الصداع العابر أو الألم ، تنطفىء حدة الثورة ولا تخلف إلاّ شللا فى عضلة واحدة أو عدة عضلات على أحد جانبى الجسم ، أو كليهما ، حسب شدة الإصابة . وهذه المرحلة الأخيرة هى التى يعرفها الناس باسم « شلل الأطفال » ، غير أن هذه الحالات لا تمثل إلاّ نسبة بسيطة من الحالات التى يصيبها فيروس شلل الأطفال . أما أغلب الحالات فلا تؤدى إلاّ إلى ما يشبه الانفلونزا ، أو بعض الآلام فى الرقبة والأطراف وحمى خفيفة .

وهذه الحقيقة تفسر لنا عدم انتشار شلل الأطفال فى البلدان التى لا تتوفر

لها ظروف صحية جيدة . فالأطفال فى تلك البلدان يلتقطون الفيروس فى طفولتهم المبكرة ، وفى الوقت الذى يكون لديهم فيه بعض المناعة المنتقلة إليهم من أمهاتهم ، فيمرون بمرحلة « الانفلونزا » دون أن يصابوا بالشلل نفسه ، ولكنهم يخرجون من هذه التجربة بمناعة دائمة تلازمهم طيلة حياتهم . وبذلك لا تظهر حالات شلل الأطفال بمعنى فقد الحركة وضمور العضلات لا فى الطفولة ولا بعد البلوغ .

أما فى البلاد المتمتعة بالنظافة والعناية الصحية ، فلا تنتشر بين أطفالها العدوى بالفيروس ـ الذى يحمله الذباب عادة ـ فيستكملون طفولتهم دون أن يكتسبوا تلك المناعة ، فإذا تعرضوا للإصابة فى شبابهم ، وجد الفيروس فيهم مرتعا خصيبا . ولذا نرى الكثير من حالات « شلل الأطفال » بين الكبار ، وبالأخص فى سن المراهقة أو الشباب .

ومن الأمثلة الشهيرة للالتهاب الفيروسى مرضا الجدرى والجديرى . أما الأول فقد أعلنت هيئة الصحة العالمية خلو عالمنا الأرضى منه الآن ، بعد أن نجح التطعيم ضده فى استئصال شأفته والقضاء عليه ، وقد كان من الحميات القاتلة منذ عشرين عاما أو أقل .

أما الجديرى فيصيب الأطفال فى شكل طفح جلدى ذى احمرار وفقاقيع تظهر أساسا على الجذع ، وتصحبه حمى خفيفة ويمر عادة دون مضاعفات . إلاّ أن الفيروس المسبب لهذا المرض قد يبقى كامنا فى بعض أجزاء الجهاز العصبى ، ليظهر فيما بعد فى شكل مرض « الحلأ المنطقى » أو « الهربس زوستر » . وهذا الحلأ المنطقى يظهر فجأة فى شكل ألم حارق يصيب أحد جانبى الجسم ، وأكثر ما يظهر على جلد الصدر أو البطن ، ثم ما تلبث بعض البثرات فى الظهور فى منطقة محددة تحيط بأحد جانبى الجذع ، وتكون شديدة الإيلام عند لمسها ، وحارقة حتى إذا تجنبنا لمسها . ومعظم الحالات تمر دون أثر باق ، وبعضها يعقبه فقد الحس فى المكان المصاب . أما المضاعفات

المقلقة فهى استمرار الألم الحارق بعد اختفاء الطفح مما يتطلب علاجا مستمرا . وقد يؤدى هذا الألم إلى إزعاج المريض إزعاجا مبرحا قد يسبب له الاكتئاب ، ويجعل الأفكار الانتحارية تراوده . إلى هذا الحد قد ينقلب الطفح البسيط ، والألم الحارق العابر فى بعض الحالات إلى ألم ممض لا يكل ولا يمل ، بل يجعل المريض مفضلا الموت على الحياة .

وفى بعض الحالات النادرة قد يؤدى إلى ضمور بعض العضلات وضعفها . أما الأنواع الجسيمة منه - وهى والحمد لله نادرة جدا ، فهى التى تصيب أعصاب الجمجمة ، خصوصا العصب الخامس الذى يغذى الوجه بالإحساسات السطحية . وهنا يظهر الطفح على الوجه ملتزما بخط الوسط ، فهو يصيب فقط أحد الجانبين ، ولا يتعدى خط الوسط فلا يعبر إلى الجهة الأخرى .

ولهذا العصب الخامس ثلاث شعب ، أعلاها تغذى الجبهة والجفن الأعلى وجزءا من قنطرة الأنف ، وأوسطها تغذى الخد ، تاركة الثلث الأسفل تقريبا للشعبة الثالثة .

وأخطر الإصابات هى التى تصيب الشعبة العليا ، فيحتمل أن تظهر البثور على قرنية العين ، فيحدث التهاب شديد بالعين ، حتى إذا ما تماثل للشفاء ترك ندوبا على قرنية العين تسبب عتامات وقد تذهب بالبصر كلية .

وحلأ العصب الخامس يكثر نسبيا بين كبار السن . وفى هذه الحالة قد يمتد ليصيب الدماغ ، وهنا تظهر علامات التهاب الدماغ من دوار وشلل فى عضلات العين ، إلى غير ذلك من المضاعفات الخطرة .

وهذه الإصابات مختلفة عن « ألم العصب الخامس » الذى يسبب نبضات كهربية مؤلمة فى الوجه ، تأتى فى نوبات دون أن يصحب ذلك أى طفح أو التهاب فى الجلد .

الفيـروس البطـىء :

هذان المثلان من أمراض الجهاز العصبى الفيروسية يمثلان الإصابات الفيروسية الحادة ، التى يسبب الفيروس فيها موت الخلايا العصبية المصابة ، فتسبب شللا فى العضلات عند مرضى شلل الأطفال ، أو تهيج الخلايا الحسية ثم موتها فى مرضى « الحلأ المنطقى » . وهذا النوع من العدوى الفيروسية الحادة هو الذى كنا ندرسه أيام طلبنا للطب حتى الخمسينيات من هذا القرن .

ولكن كانت هناك بعض إرهاصات بأن الإصابة الفيروسية للجهاز العصبى قد تؤدى إلى أعراض يتأخر ظهورها سنوات بعد العدوى الأولى . وكان المثل الواضح هو مرض « الباركنسونية » أو الشلل الارتعاشى الذى يعقب التهاب المخ بعد سنوات من العدوى الحادة الأولية . وقد ظهر هذا الالتهاب الفيروسى للمخ فى شكل وباء عالمى فى زمن الحرب العالمية الأولى . وبعدها بحوالى عقد من الزمان ، انتشرت حالات الشلل الارتعاشى فى أنحاء العالم ، وأرجعها العلماء إلى هذا الوباء العالمى لالتهاب المخ .

ودارت الأيام وتوفرت وسائل البحث والتشخيص ، وخصوصا المجهر الالكترونى القادر على التكبير آلاف المرات ، بحيث نستطيع رؤية مكونات الخلية المختلفة - وجدارها وتركيبه وما به من ثغور - رؤية واضحة . كما تقدمت طرق البحث والدراسة فى عالم الفيروسات ، وكيفية زرعها فى مزارع خاصة ونقلها من عائل إلى عائل آخر دون أن يتغير تركيبها . وقد كان هذا الميل إلى تغيير التركيب فى الفيروسات أحد العقبات الكبرى فى دراسة الأمراض الفيروسية عموما . وأدى كل هذا التقدم العلمى والتكنولوجى إلى اكتشاف أمراض أخرى تسببها الفيروسات ، ولكن ليس بطريقة العدوى الحادة ، ولكن بطريقة التسرب إلى الخلية والاختفاء بين طيات نواتها ثم تغيير سلوك هذه الخلية بشكل أو آخر . وبعض الخلايا تذوى فى بطء وتختفى تدريجيا ، كما يحدث فى مرض الشلل الارتعاشى الناشىء عن التهاب المخ

الفيروسى ، وغيره من الأمراض التى تصيب خلايا المخ بالموت البطىء أو « الحَرَضْ »(*) ، ولذا فهى تسمى بالأمراض العصبية الحرضية ، وأمثلتها كثيرة لا مجال لتفصيلها هنا . ولكن يكفى أن نذكر أنها تتميز بتخير نوعيات معينة من الخلايا العصبية ، مثل الخلايا المسئولة عن حركة العضلات مثلا سواء فى المخ أو الحبل الشوكى ، بحيث يبدو المريض كما لو كنا قد انتزعنا منه جزءا من مكونات الجهاز العصبى وتركنا الباقى ، وهو ما لا يحدث فى الأمراض المعدية الحادة عادة . وقد كانت تلك الأمراض العصبية الحرضية تُرجع إلى الوراثة أو النقص فى حيوية الجهاز العصبى ، إلى أن أمكننا نقلها من حيوان إلى حيوان ، وهنا تبينا أنها ناشئة عن فيروس . ولكنه فيروس مراوغ يكمن فى الخلايا العصبية سنين عديدة ، ثم يتمرد شيئا فشيئا فتتآكل الخلايا جزءا فجزءا ، ويدب الفساد فى أجزاء من الجهاز العصبى سفلا وعلوا .

وبعض هذه الفيروسات البطيئة لا يعجبها ما تتميز به الخلايا العصبية السوية من الانضباط فى سلوكها الاجتماعى . فتلك الخلايا ـ مثلها مثل باقى خلايا الجسم ـ ترعى حقوق الجوار ، فتلتزم بموضعها بالنسبة لجاراتها من الخلايا الأخرى بحيث يرتصّ الجميع صفوفا مستوية ، أو فى تكوينات هندسية منظمة . ومن الطريف أن ما ينظم مجتمع الخلايا هو طاقة كهرومغناطيسية موجودة على جدار الخلايا ، تربط كل خلية إلى جاراتها بحيث لا تعدو إحداها على أخرى . وبما أن هذا النظام لا يروق للفيروسات البطيئة ، فإنها تغزو نواة الخلية وتأمرها بالكف عن توليد تلك القوى الكهرومغناطيسية « البوليسية » ، فينفلت عيار الخلايا وتأخذ فى التكاثر ـ وهى عادة لا تتكاثر ، ولا تكتفى بذلك بل تجعل هذا التكاثر غوغائيا لا يبالى بعلاقات الجوار ، بل ولا يتبع النظم الغذائية التى تحكم الخلايا السوية . وبالتالى تتكون كتل من

(*) الحَرَضْ : تغير فى الأنسجة يؤدى إلى تآكلها وموتها .

الخلايا التى تنمو على حساب جاراتها من الخلايا المهذبة المنضبطة ، وبهذا تتكون أورام المخ .

ونوع آخر من تلك الفيروسات البطيئة يعز عليه أن تؤدى الألياف العصبية وظيفتها فى توصيل النبضات الكهربية بسرعة وفعالية ، فتتحرك العضلات ليؤدى الإنسان ما يريد من حركات متسقة ، أو ينفعل العصب البصرى بالموجات الضوئية ، فيرى الإنسان ما حوله من جمال أو يسلك سبل ربه فى ثقة . فهذه الفيروسات تأتى إلى تلك الألياف العصبية المعزولة بطبقة نشوانية(*) تجعل انطلاق النبضات العصبية الكهربية سريعة ، فتزيل تلك الطبقة النشوانية ـ المسماة بالغمد النشوانى ، فينكشف المحور العصبى للخلايا ويصبح مثل سلك الكهرباء المكشوف الذى تعتريه شرارات تقطع سير التيار ، وبذلك تصبح الأعصاب غير قادرة على توصيل التنبيهات العصبية بالسرعة المطلوبة فينتفى الغرض منها ـ ولو أن العصب نفسه لا يصيبه ضرر مباشر . ولكن هذا الغمد النشوانى تبنيه خلايا ضامة ـ أى تعمل على ضم الخلايا العصبية والألياف العصبية بعضها إلى بعض وكأنها مادة الغراء ، وهذه الخلايا الضامة قادرة على تجديد نفسها ، وهنا يعود العصب المصاب إلى سرعة التوصيل العادية ، وتختفى بذلك أعراض المرض أو تتحسن . وهذه النوبات المتبادلة من سورة الأعراض ثم همدانها تميز تلك المجموعة من الأمراض التى تصيب الغمد النشوانى ، فهى معرضة إلى نوبات من الجزر والمد .

ويطول بنا الحديث إذا ما دخلنا إلى تفاصيل الأمراض التى تسببها تلك الفيروسات البطيئة ، ولكننا لا نستطيع إغفال « طاعون العصر الحديث » أو مرض الايدز ـ مرض نقص المناعة المكتسبة .

(*) المادة النشوانية : مادة تشبه فى صورتها الخارجية مادة النشاء ، إلا أنها فى حقيقتها مادة بروتينية تكونها خلايا الجهاز العصبى لتكسو بها المسارات العصبية فتجعلها معزولة كهربائيا

لن أخوض فى طرق نقل العدوى بفيروس الايدز ، ولكننى سأذكر فقط علاقته بالجهاز العصبى . فمما يلفت النظر ، أن هذا الفيروس يجد فى الجهاز العصبى مهده الذى يقضى فيه فترة طفولته ونضجه ، ولو أنه لا يصيب هذا الجهاز بضرر ملموس فى هذه المرحلة المبكرة . ولعله يفضل الجهاز العصبى لما اختصه الله سبحانه وتعالى به من غذاء وفير . فإذا ما استكمل فيروس الأيدز مرحلة الطفولة وبلغ مرحلة السعى ، فإنه يغادر الجهاز العصبى منطلقا إلى الدم حيث يفترس ضحيته الأساسية وهى خلايا الجهاز المناعى ، التى تنسحق تحت وطأته وتترك المريض دون خط دفاع ، فتنهشه أنواع العدوى التى لا تستطيع أن تنهش الشخص السوى . كما ترتع الخلايا السرطانية فى أجزاء جسمه ، فتنشأ الأورام النادرة مثل سرطان الجلد المسمى بسرطان « كابوزى » . وهنا يمكن أن يصاب الجهاز العصبى ، مثله فى ذلك مثل باقى أعضاء الجسم ، فيصاب المريض بالعته والشلل والتهاب الأطراف . وبذلك نرى أن فيروس الايدز يمثل نوعا ثالثا من طرق إصابة الجهاز العصبى بالفيروس . فليس هو بالفيروس القاتل لخلايا الجهاز العصبى ، وليس هو بالفيروس الذى يكمن فى خلايا الجهاز العصبى سنينا ، ليظهر ضراوته فيما بعد فى أمراض حرضية أو سرطانية أو علل فى الغمد النشوانى . بل هو الذى يتمسكن مختبئا فى الخلايا العصبية ، ليتمكن فيما بعد عندما يدك جهاز المناعة دكا دكا ، وهو يخلّى بين الجهاز العصبى وبين أنواع العدوى النادرة بالفطريات أوغيرها من الكائنات الدقيقة نادرة التأثير على جسم الإنسان ، أو يسبب له أوراما .. والله يحكم ما يريد ولا يظلم ربك أحدا .

الفصـــل السادس

عندما يضحك المريض بنصف وجه

هناك العديد من الحالات المرضية التى تختلف فيها وجهات النظر بين المريض والطبيب . فقد يرى المريض حالته وكأنها مصيبة العمر كله ، بينما يجدها طبيبه إحدى النكات السمجة ولا أكثر . وهناك أيضا الموقف المعكوس حين يرى المريض أن ما به لا يستحق الشكوى ، ويرى فيه الطبيب شرا وبيلا .

ومن أشهر الحالات التى تصيب المريض بدوامة قاسية من القلق والخوف ـ خصوصا إذا كانت المريضة آنسة أو سيدة ، حالة شلل العصب الوجهى ، أو العصب السابع .

فالمريضة تكتشف فجأة أن وجهها قد أصابه تشويه بالغ ، فمال أحد جانبى الفم بعيدا عن خط الوسط ، وفقدت العين قدرتها على الإغماض ، فهى مفتوحة دائما تهيجها نسمة الهواء وما قد تحمله من ذرات الهباء فتثور وتحمر غيظا ، وتنساب دموعها على الخد الذى فقد قسماته وأصبح مسطحا لا يقدر على التعبير . والطامة الكبرى عندما تضطر المريضة إلى الابتسام أو الضحك ، فيزداد اعوجاج الوجه إلى درجة قبيحة لا تملك المريضة أمامه إلا اخفاءه بيدها إذا غلبها الضحك . أما فى أغلب الأحيان فتتجنب المريضة الضحك أو حتى الابتسام بقدر ما تستطيع ، ولا يكون ذلك صعبا فى معظم الأحيان . إذ تنفعل المريضة بالاكتئاب والقلق عند اكتشافها لهذا الذى حدث لوجهها .

وهناك سبب آخر لما يصاحب هذه الحالة من القلق والتوجس والاكتئاب ، إذ قد يفسره المريض بأنه دليل على الشلل النصفى (أو الفالج) . وله عذر فى ذلك ، إذ أن المصابين بالفالج يعوج وجههم أيضا فى بعض الأحيان ، إذا ما كان الفالج شاملا لعضلات الوجه .

إذا كانت هذه هى الصورة الاكلينيكية لالتهاب العصب الوجهى - أو ما سمى باسم الطبيب الذى اكتشفه وهو الطبيب « بل » ، فكيف تختلف وجهة النظر بين المريض والطبيب فى الحكم على هذه « المصيبة » . الأمر يرجع إلى الزاوية التى ينظر منها كل من المريض والطبيب لهذا المرض . فالمريض يراه سببا في تشويه وجهه والتهاب عينه وإدرار دمعه وصعوبة تحريك طعامه فى فمه - بل وقد يراه مؤشرا على إصابته بالفالج . أما زاوية رؤية الطبيب فتهديه إلى أن كل هذه الدوامة تعود إلى احتقان مؤقت فى العصب السابع عند خروجه من ثقب فى الجمجمة يقع خلف صوان الأذن - حيث يحس المريض عادة بآلام قد تسبق إصابة الوجه بعدة أيام . وهذا الاحتقان عابر لا يدوم ، ويمكن أن يختفى تماما وتختفى معه كل آثاره فيما لا يزيد على أسبوعين ، إلا فيما ندر .

فالمريض إذن يسمع دوىّ الطبول ، ويرى الويل والثبور عندما يقع فى وسط الدوامة ، فتأخذه المسرحية التراجيدية شديدة الوطأة . أما الطبيب فيعلم أن هذا الطبل أجوف ، وأن هذه المسرحية - مثل غيرها - زائلة لا يلبث الستار أن ينسدل عليها ، وبعدها ينفض السامر ولا تبقى منه إلا ذكرى .

ولكن شلل « بل » جدير بالاهتمام للأسباب الآتية :

- ☐ ولو أن الشفاء منه يكون تاما في حوالي ٨٥٪ من الحالات - بل وقد يحدث هذا الشفاء تلقائيا دون تدخل طبى ، إلاّ أن إهمال العلاج يؤدى إلى نتائج لا يحتملها الكثيرون - أو بالتحديد لا تحتملها الكثيرات ، فتشوه الوجه يهز تصور الإنسان لنفسه هزا عنيفا ، ولو أنه غير ذى خطر على الصحة .

كما أن بعض الحالات قد تؤدى إلى تشنج العضلات المصابة ، فتضيق العين ويرتجف الخد بين آن وآخر ، وهى تجربة « غير مسلية » لمن يصاب بها .

- ولهذا فالعلاج يجب أن يعطى فى أسرع وقت وبقلب قوى . فبعض الزملاء للأسف يمسكون العصاة من الوسط ، فلا يشفى المريض ولا يظل فى مرضه ، بل يعيش باقى حياته فى حالة « بين بين » . وأنا أرى شخصيا أن مثل هذه الحالات البسيطة « طبيا » ، والتى تشفى تماما هى أجدر الحالات بالعلاج السريع المركز المخطط فى ثقة واصرار . وليس العلاج هنا بالعقاقير فقط ، بل يحتاج إلى منهج مركز من العلاج الطبيعى والتنبيه الكهربائى لعضلات الوجه يوميا فى خلال الأسبوعين الأولين ، حتى نحصل على الشفاء التام .

- وتأتى ضرورة الاهتمام بعلاج شلل « بل » اهتماما مركزا سريعا من أن الحالات التى تهمل ، أو التى لا تتجاوب مع العلاج - ولو أنها تشكل نسبة قليلة ، لا نجد أمامنا لإصلاحها إلاّ عمليات جراحية تجميلية (أو تكميلية) . بل وقد اقترح فى وقت ما الإسراع بالتوسيع الجراحى للثقب الذى يخرج منه العصب السابع وراء الأذن لضمان الشفاء التام . إلاّ أن الأبحاث المتوالية دلت على أن هذا النوع من التدخل الجراحى لا يغير كثيرا فى النتيجة التى نصل إليها عن طريق العلاج الدوائى والطبيعى ، فانزوى فى غياهب النسيان مع غيره من الجراحات التى يحفل بها تاريخ الطب .

- والنقطة الأخيرة فى ضرورة الاهتمام بهذه الحالات ، هى أن هذا الوجه المعوج والعين دائمة الإدماع ، قد يكونا فعلا بعض علامات إصابة العصب الوجهى داخل الجمجمة ، أو حتى داخل ساق المخ . وهنا يختلف الموقف ، فلا العلاج هو العلاج ، ولا درجة الشفاء هى هى . ولهذا فمن

واجب الطبيب أن يفحص مثل هؤلاء المرضى فحصا كاملا ـ وهو الواجب فى كل مرض كقاعدة طبية علمية ـ ليتأكد أن شلل الوجه هو شلل « بل » ، أى أنه ناتج عن ذلك الالتهاب الحميد للعصب السابع بينما هو يمر من الثقب المخصص له وراء الأذن . والاّ فيجب أن يشخَّص السبب الحقيقى ، وتُجرى للمريض الفحوص اللازمة ، ويُعطى العلاج المناسب الذى قد يكون أحيانا إزالة ورم من المخ . إذن كل ما هو مطلوب لتجنب الزلل فى النسبة الضئيلة من حالات شلل الوجه التى لا تنشأ عن شلل « بل » ، هو فحص المريض فحصا كاملا عند أول لقاء

الفصـل السابـع

أورام المـخ ارستقراطية

يصاب المخ بأورام مثله فى ذلك مثل باقى الأعضاء ، ولكنه يحتفظ بارستقراطيته حتى عند إصابته بالأورام . فكما أنه هو السيد المطاع الذى ينظم وظائف الجسم كلها إما مباشرة ، أو عن طريق تنظيم الغدد الصم ، فهو أيضا مترفع ومتعفف عن باقى الأعضاء . فهو قد يسمح لأورام تلك الأعضاء من رعاياه أن تأوى إليه فيرعاها ويقوم على تغذيتها وإنمائها ، ولكنه لا يسمح لأورامه أن تخرج إلى باقى الأعضاء لتتطفل عليها أو تطلب عندها حق اللجوء .

وهذه الظاهرة لم يتم تفسيرها علميا إلى الآن . فقد قيل إن الدماغ مرتع خصيب لأى ورم ينشأ من مادته ، فلا يحتاج مثل هذا الورم إلى الانفلات منه ليطلب المرعى بعيدا عنه . وهذا كلام لا يقبله المنطق العلمى ، إذ أنه يبنى على تصورنا أن أنسجة المخ كائن عاقل فى حد ذاته يختار لنفسه ويقارن بين مرعى وآخر . وهو منطق يشبه منطق الطفل الذى يربت على لعبته ليهدىء خاطرها ، أو يضربها أو يعنفها فرضا منه أن لها ذاتا خاصة يمكنه التعامل معها على أساسها . ولكن هناك إرهاصات أتت بها البحوث المتأخرة عن الخواص المناعية للدماغ ، تنبىء بأن الإجابة عن هذا السؤال ستأتى عن طريق فهم الخصائص المناعية للجهاز العصبى .

وأعلم من ممارستى للطب العصبى لما يزيد على ربع قرن ، أن لفظ « ورم

فى المخ » من الألفاظ التى يجب تجنب ذكرها لأهل المريض ، أو على الأقل للمريض نفسه . لأن المفهوم الشائع عن هذه الأورام أنها كلها خبيثة وكلها قاتلة ، وأنها لا تترك للمريض إلاّ فسحة قصيرة جدا من البقاء بعد تشخيصها .

لا أنكر أن أورام المخ تشكل إلى الآن موقفا عصيبا للمريض بل وللطبيب نفسه . إلاّ أنه أيضا من الحقائق الواجب ذكرها أن كثيرا من تلك الأورام حميد فى طبيعته ويمكن أن يستأصل تماما ، بل وبعضها نتركه فى حاله دون تدخل إلا مراجعة الحالة كل ستة أشهر أو ما أشبه .

ولعل هذا التغاير فى سلوك أورام المخ يأتى من اختلاف مصادرها . فبعضها ينشأ من أنسجة السحايا المحيطة بالمخ ، وهذه يمكن استئصالها دون أن نلحق بالمخ نفسه أذى كبيرا ، كما أنها لا تعاود الظهور فى أغلب الأحيان . وقد قابلت حالات قليلة منها ـ تم اكتشافها لما كانت تسببه من صداع أو نوبات صرعية ، واتفق على تركها فى موضعها دون تدخل جراحى ، والاكتفاء بعلاج نوبات الصرع ومتابعة الحالة بين وقت وآخر . وقد استمرت إحدى مرضاى محتفظة بواحد من تلك الأورام السحائية ، دون أن يعوقها ذلك عن استكمال دراستها الجامعية وانجاب طفلين جميلين فى أثناء العلاج الدوائى ، وهى تعلم أن هناك ورما داخل جمجمتها ولكنه طيب المعشر قد ألفها وألفته .

وبعضها يأتى من بقايا أنسجة جنينية احتفظت بها الجمجمة داخلها إما على شكل حويصلات مملوءة بسائل ، أو على شكل كتل نسيجية قد تبقى سنين وسنين دون أن تحدث ضررا . وقد تكون على سطح المخ ، أو فى أماكن من الجمجمة يمكن الوصول إليها جراحيا .

أما الأورام التى تعطى الصورة القاسية لمفهوم « أورام المخ » عند الجمهور ، فتكون عادة أوراما ناشئة من الخلايا الضمامية داخل أنسجة المخ . والخلايا الضمامية هى التى تمسك بالخلايا العصبية وكأنها غراء . وتلك

الخلايا لها أنواع عدة ، بعضها تنمو أورامها ببطء ، وقد تتحول إلى حويصلة مملوءة بسائل وتعلق بجدرانها تجمعات من الخلايا الضمامية السرطانية . وبعضها الآخر يعيث فى أنسجة المخ فسادا ، فيتسلل بينها ويخربها ويفقدها وظيفتها ، ثم أنه بحجمه المتزايد يرفع الضغط داخل صندوق الجمجمة المقفل بإحكام فينشأ عن ذلك صداع ليس كمثله صداع ، ولا يقف أمامه أى عقار مسكن . ويصحب هذا الصداع عادة غثيان وقىء ، وغشاوة على البصر ، تجعل المريض ينظر إلى الدنيا من خلال « ضباب » .

وقد تستأصل هذه الأورام استئصالا جزئيا أو شبه كامل ، ويتبع ذلك علاج بالأشعة . إلاّ أن هذا الاستئصال يؤدى إلى فقد بعض الوظائف العصبية حسب موضع الورم . فقد يُحدث هذا الاستئصال شللا أو فقد اتزان الحركة أو فقدا فى الإحساس أو النطق ... الخ .

معظم النار من مستصغر الشــرر :

وهناك نوعان من أورام المخ يمكن أن ينطبق عليهما المثل القائل « إن معظم النار من مستصغر الشرر » . أولهما ذلك النوع الذى ينشأ عن شعيرات الدم داخل كتلة المخ . فمثل هذا الورم قد يظل كامنا سنوات وسنوات حتى إذا نزف أصاب المريض بفقد جسيم فى وظائفه العصبية . كما أن علاجه الجراحى من أدق وأخطر الجراحات . وبهذا ينقلب مثل هذا القزم الضئيل الكامن ، إلى عملاق جبار فى لمحة عين .

أما النوع الثانى الذى يقيم الدنيا ولا يقعدها ، وهو بعد ضئيل ضآلة يصعب معها تبينه فى مراحله الأولى حتى بكل ما استحدث من وسائل الفحص ، فهو ذلك النوع الذى ينشأ قرب المسارات التى يسلكها السائل النخاعى فى بطينات المخ ، فيكون بذلك بمثابة النقاط العسكرية الاستراتيجية ، التى يكفى احتلالها للسيطرة على الطرق البحرية الهامة أو الممرات التى تتخلل الجبال العصية ، فمثلها مثل شرم الشيخ عند مضيق تيران أو ممر متلا فى قلب سيناء . ومن

أبرز الأمثلة لهذه الأورام الاستراتيجية ، تلك التى تنشأ من جسم صغير له مكان متوسط فى المخ ، يسمى الجسم الصنوبرى ، فهو يحتل موضع اتصال البطين الثالث للمخ والقناة التى تحمل السائل النخاعى إلى ساق المخ . ويكفى أى ضغط عند هذه النقطة لكى يُحبس السائل النخاعى فى بطينات المخ مما يسبب زيادة خطرة فى الضغط داخل الجمجمة ، ويهدد أعصاب البصر بالاحتقان فالضمور ففقد البصر . كما أن الضغط على أعلى ساق المخ يسبب ضعفا فى حركة الأطراف ، وفقدا لاتزان تلك الحركة مع شلل فى العضلات المحركة للمقلتين .. الخ .. الخ . كل هذا ونحن نبحث عن هذا الورم « الشقى » فلا يمكننا تبينه فى مراحله الأولى ، فنكتفى بنقل السائل النخاعى من البطينات إلى أحد الأوردة عن طريق موصل حفاظا على البصر ، وتخفيفا من آلام الصداع . وفى أكثر من حالة مرت بى كنت وزملائى من جراحى الأعصاب فى شبه يقين أن هذه الحالة سببها ورم الجسم الصنوبرى ، ولكن مَنْ مِنْ الجراحين يجرؤ أن يدخل إلى سويداء المخ بحثا عن شيء لم تظهره صور الأشعة المقطعية المحللة بالحاسوب (أو الكومبيوتر) أو الأجهزة التى استخدم فيها المغناطيس بدلا من الأشعة السينية . إلاّ أن اليقين يأتينا مؤخرا عندما يبلغ حجم ذلك الورم مبلغا يمكّن الأشعة من فضحه وتعريته أمام الأنظار .

ولأورام المخ نوعان من صور الظهور والكشف عن وجودها : أولاها صورة الاستثارة والتهيج ، وثانيتها صورة التحطيم والهدم ، وقد يشتركان معا بنسبة أو أخرى .

وأهم معالم التهيج والاستثارة حدوث نوبات الصرع بكل أنواعها التى وصفتها فيما سبق . ولما كانت أنواع الصرع الذاتى - أو التى تعود الى إصابات التوليد - تبدأ عادة فى الطفولة ، لذا أصبح من القواعد الثابتة فى الطب العصبى أن حدوث نوبات صرعية - من أى نوع - لأول مرة عند البالغين أو من هم فى سن النضج ، يستلزم اتمام كل الفحوص الممكنة بحثا عن أورام

المخ . ولا يجب أبدا أن نرجع مثل تلك النوبات البادئة فى سن الشباب أو النضج إلى ما يسمى « بالصرع الذاتى » ، لمجرد أننا لم نجد فى أثناء الفحص الاكلينيكى ما يدل على إصابة جزء أو آخر من أجزاء الجهاز العصبى .

ولا تقتصر مظاهر هذه النوبات الصرعية على التشنجات العضلية المألوفة لدى العامة ، بل قد تكون فى شكل موجات من الألم الحارق أو النَمَل الذى يبدأ فى إبهام اليد أو إبهام القدم ، ثم ينتشر على أجزاء الجسم على أحد جانبيه شيئا فشيئا . كما يجب ألا نهمل النوبات الصرعية النفسحركية التى سبق لنا وصفها .

أما مظاهر التحطيم والهدم فتعتمد فى نوعيتها على موضع الورم نفسه ، فإذا أصاب المنطقة المتحكمة فى الحركة أدى إلى الشلل ، وإذا أصاب المناطق الخاصة بالحس أدى إلى فقد الحس أو الخَدَر ، وقد يؤدى إلى إصابة البصر فى جزء منه حسب موضع الإصابة ، وهكذا ..

تطور أساليب الفحص :

وقد عاصرت تطور وسائل الفحص التى تستعمل فى اكتشاف موضع الورم وتحديد ذلك تحديدا يعين الجراح على إجراء الجراحة اللازمة ، كما تُمكّن الطبيب من تبين نوع الورم ومدى خبثه أو مدى استجابته المنتظرة للعلاج بالأشعة . فعندما بدأت عملى طبيبا مقيما ، كنا نلجأ إلى صورة الأشعة العادية للجمجمة . والحق أنها كانت قليلة الجدوى ، إذ أنها لا تظهر إلا علامات عامة على وجود « جسم ذى حيز ما داخل الجمجمة » . وقد تجود علينا فى النادر بظواهر ترسب مادة الكالسيوم فى الورم مما يساعدنا على تحديد موضعه ومعرفة طبيعته إلى حد ما . كما كنا نحتال على تشخيص الأورام الناشئة عن السحايا والمعروف أنها غنية بالأوعية الدموية ، فنفحص قاع الجمجمة بالأشعة أملا فى تبين اتساع الثقب الخاص بالشريان المغذى لهذه السحايا ومقارنته

بزميله على الجانب الآخر . كما أن الفحص الدقيق للكهف العظمى الذى تثوى فيه الغدة النخامية كان يساعدنا أحيانا على التنبؤ بوجود « جسم ذى حيز » داخل الجمجمة . كما أننا قد نتعرف على الورم إذا كان ناحتا لجدران ذلك الكهف ، فنقول بوجود « جسم ذى حيز » داخل هذا الكهف أو فوقه مباشرة يضغط عليه . وتعبير « جسم ذى حيز » هو التعبير الأدق علميا لوصف تلك الحالات التى ترفع الضغط داخل الجمجمة . فليست كلها أنسجة سرطانية (أى أورام) بل منها ما هو حويصلات أو خراجات .. الخ . ولهذا نلتزم بتعبير « جسم ذى حيز » إلى أن يثبت لنا فعلا أنه ورم بطريقة أو أخرى .

ومع الأشعة العادية ، كنا أحيانا نحقن هواء حول الحبل الشوكى فى القناة الشوكية ، فيصعد هذا الهواء ويملأ بطينات المخ فيكشف لنا عن « جسم ذى حيز » يزيح تلك البطينات إلى جهة أو أخرى ، أو قد يغزوها ويطمس ملامحها ، وهكذا .. وذلك لأن الهواء يبدو معتما للأشعة السينية . وإنى سعيد لاختفاء هذه الطريقة فى الفحص ، فإننى ليهزنى الألم كلما أتذكر ما كان يقاسيه المريض من صداع مميت فى أثناء هذا الفحص . كما أحس بنبضات قلبى تتسارع وتدق صدرى دقا ملحا ، كما كان يحدث عندما أحقن مثل هذا المريض بالهواء ، فهناك احتمال أن يؤدى ذلك الفعل إلى انحشار ساق المخ فى فتحة الجمجمة السفلى ، فينهى قصة المريض ومرضه نهاية لا يحتملها طبيب وطن نفسه على مساعدة المرضى والتخفيف عنهم ، خصوصا وهو فى مراحل ممارسته الطبية الأولى .

ثم جاء رسام المخ الكهربائى ، وكان خفيف الوطأة على المرضى فلا يكلفهم ألما ولا إرهاقا ، إلاّ أنه كان يستغرق وقتا طويلا فى إجرائه - قبل الأجهزة الحديثة التى اختصرت الوقت إلى ما يقرب من عُشره . غير أن نتائجه كانت تساعد على معرفة الجانب المصاب من المخ دون أن تحدد تحديدا دقيقا حجم الورم ، وهو أيضا لا يعطى فكرة واضحة عن نوع الورم . وكثيرا

ما كان يستخف به جراحو الأعصاب ، إلاّ أنه كان عظيم الفائدة لمعرفة مدى استعداد المريض للإصابة بالنوبات الصرعية .

ثم جاء الفحص الإشعاعى بعد حقن شرايين المخ بصبغة معتمة للأشعة . وهو فحص ليس بالصعب ولكنه يحتاج إلى مران وخبرة ، وتعاون بين من يحقن الشريان ومن يلتقط صور الأشعة . وقد كان هذا الفحص نقطة تحول حقيقية ، فقد أصبحنا بعده نستطيع تحديد مكان الورم تحديدا مُرْضيا . وكنا إلى جانب ذلك نستطيع التعرف على الشرايين المغذية للورم ، بحيث يستعد الجراح لمقابلة تلك الشرايين فى أثناء الجراحة ، فيكون على وعى بمدى ما سيقابله من صعوبة فى إجراء الجراحة ، وما قد يطلبه من كميات الدم اللازمة لنقلها إلى المريض فى أثناء الجراحة ، وهكذا . ولم يكن لهذه الطريقة من عيوب إلا أنها لا تستطيع تبين الأورام الصغيرة التى قد توجد فى أعماق المخ ـ إلا إذا كانت غنية جدا بالأوعية الدموية . كما أن إجراءها يعتبر « غزوا » لجسم المريض . فهناك إبرة ذات حجم تدخل فى الشريان السباتى أو الفقارى ـ وهما شريانان مهمان جدا ، وتبقى فى هذه الشرايين عدة دقائق حتى يتم الحقن مرة بعد مرة . ثم هناك مادة كيماوية بها تركيز عالٍ من عنصر اليود تحقن فى الدورة الدموية . ثم هناك موضع الحقن نفسه الذى قد ينزف ويحدث تجمعا دمويا فى الرقبة قد يضغط على مسارات الهواء فى القصبة الهوائية ، ولذا كان بعض الأطباء يحدثون جرحا فى الجلد فوق الشريان لإدخال الإبرة فى أمان ، وهو ما كان يعرف بطريقة « الحقن المفتوح » . إلا أن هذه الطريقة انزوت سريعا إلى سراديب ما أهمله تاريخ الطب ، إذ أن « طريقة الحقن المغلق » لم تكن تتطلب قدرا كبيرا من التدريب ولا مستوى غير عادى من مهارة الحقن .

إلى أن جاءت الستينيات وجاء معها استخدام الأشعة المقطعية المحسوبة بالحاسوب (الكمبيوتر) . وتتلخص هذه الطريقة فى أننا نأخذ عدة صور

متتالية للجمجمة والمخ على زوايا مختلفة ، ثم نجمع كل هذه الأشعة بعد امتصاص أنسجة المخ لأجزاء منها ، فى جهاز الحاسوب ، وينتج من محصلتها صورة للمخ تبين تركيبه عند مستوى معين (أو قطع معين) . ويقوم هنا الحاسوب بعمل هام ، إذ أنه يضيع أثر الأشعة الآتية من المستويات الأخرى ، ويبقى فقط ما يمثل القطع المحدد (عند مستوى البطينات المخية مثلا) وبذلك يمكن تبين الأنسجة الرخوة فى المخ ، التى كان من المستحيل تبينها فى الصورة الإشعاعية العادية - إذ لم تكن تلك تظهر إلا العظام لأنها شديدة الامتصاص للأشعة ، أما تفاصيل الأنسجة الرخوة للمخ فتختلط بعضها ببعض ولا يمكن تبينها .

وزاد على ذلك الفحص إمكانية حقن مادة معتمة للأشعة فى وريد الذراع (وليس شريان المخ) فيحملها الدم إلى أنسجة المخ كما يحملها إلى باقى أنسجة الجسم ، فنجد أن امتصاصها فى أنسجة المخ يكاد يكون منعدما - إذ أن تلك المادة تحتجزها جدران الشعيرات الدموية ، إلاّ فى المناطق المصابة بأورام أو احتشاء (أى موت الأنسجة بعد حرمانها من الدم بسبب الجلطات الدموية) وغير ذلك من التغيرات المرضية فى أنسجة المخ ، وهنا يمكننا تبين تلك المناطق وتحديدها بدقة ومعرفة مدى ارتوائها بالدم .

وكان الفحص الإشعاعى المقطعى هنا نقطة تحول بالغة الأهمية فى دقة التشخيص لأمراض المخ . ولما كانت هذه الطريقة لا تغزو أنسجة المريض بالمعنى المتعارف عليه جماهيريا ، فقد شاع استخدامها بأكثر مما كنا نظن عندما بدأنا فى استخدامها ، بل أصبح من المعتاد أن يطالب بها المريض نفسه دون أن يشير بإجرائها الطبيب . بل ولاحظت أن أحد المرضى القادمين من أحد أقاليم الدلتا يصحب معه « صورة الكمبيوتر » عند أول لقاء له معى - ربما اختصارا للوقت وإن لم تكن مطلوبة ، ورغما عن ارتفاع ثمنها .

ثم استمر سيل التكنولوجيا ، بعضها مفيد فعلا مثل الرسم بالرنين

المغناطيسى ، وبعضها مازال مشكوكا فى إضافته لما سبقه من وسائل التشخيص . إلا أنها « لعبة التكنولوجيا » ، تعمل باستمرار على ترويج هذه الوسائل التشخيصية ، حتى لو كان بعضها لا يتجاوز كونه لعبة لطيفة ذات ألوان جميلة ، جمعت ألوان الطيف كلها ، وأحاطها إطار من الأرقام والاحصائيات التى توحى للمريض أنه قد اعتنى به تكنولوجيا إلى آخر معطيات القرن العشرين . وإنى لآمل ، إذ نستكمل ما لا يزال ينقصنا من تلك الوسائل الهامة التى تقصر ميزانياتنا ، حكومة وأفرادا ، عن الحصول عليها . آمل أن نُقَيِّمَ كل هذه الوسائل بحكمة وموضوعية تجعلنا نأخذ من فوائدها أقصاها ، ولا نقع فى حبائل منتجيها الذين يستخدمونها فى الإضافة إلى قائمة ديون « البلدان النامية » ليستردوا بها أموال البترول وما أنفقوه من تكاليف البحوث ، وإن لم تكن قد أتت بشىء ذى فائدة حقيقية . ولعل هذه الموجة التكنولوجية تستحق وقفة أخرى حتى ولو كانت قصيرة

الفصل الثامن

أنت تنفعل كيماويا وتفكر كهربيا

أعتبر نفسى محظوظا إذ عاصرت فترة التقدم السريع فى وسائل التشخيص التكنولوجية التى ذكرتها فى الباب السابق . ولكننى أعتبر نفسى أكثر حظا إذ خضرمت فجمعت بينها وبين نهاية الفترة التى كانت تفسر الأمراض النفسية أو العقلية (أو سمها كما أردت) تفسيرا فلسفيا أدبيا ، قائما على « وضع » تصور عقلى لما يحدث من تغير فى السلوك والإحساس والتفكير الخ ... كما لو كانت ظاهرة أدبية أو فلسفية ، وليست ظاهرة طبيعية يجب دراستها بنفس المنهج المتبع فى دراسة الظواهر الطبيعية الأخرى فى علوم الفيزياء والكيمياء والبيولوجيا (وكلها مترابطة بعضها ببعض) .

ولم تكن هذه المرحلة الفلسفية الأدبية مستغربة ، فالعلوم تنمو يدا بيد . فكلما أتيحت وسائل بحثية أكثر دقة أمكننا تبين أسباب وعلاقات تفسر الظواهر الطبيعية تفسيرا أكثر موضوعية . فالذى وصف الملاريا بأنها ناتجة عن الهواء الفاسد - وهى الترجمة الحرفية لكلمة «Mal» (فاسد) ، «Air» (هواء) - لم يكن مخطئا من الناحية الأدبية الوصفية - فقد كانت الملاريا تصيب من يعيش أو يغشى مناطق البرك الراكدة حيث يفسد الهواء ، ولكنه كان محتاجا لمجهر يستطيع أن يكبر حجم الحيوان الطفيلى المسبب للملاريا حتى يكتشف أن هذا الحيوان هو المسبب المباشر للمرض ، وأنه ينتقل إلى الإنسان عن طريق البعوض . وبذلك وُصفت دورة حياة بلازموديوم الملاريا ، وانفك ارتباطها

بالهواء الفاسد ، ولو أن الصلة غير المباشرة بقيت ، إذ أن البعوض الناقل للملاريا يعيش على ماء تلك البرك الراكدة التى يحيطها الهواء الفاسد (أو الملاريا) .

كذلك كانت الأمراض النفسية والعقلية فى حاجة إلى تقدم علوم الكيمياء الحيوية وعلم الأدوية والفحص بالأشعة وبالنظائر المشعة .... لكى تنتقل من عصر الفلسفة والقصص الأدبية التى كنت أتمتع بقراءتها قبل التحاقى بكلية الطب وإلى أن تخرجت منها ، غير أنى صدمت منها بشدة عندما بدأت فى تطبيقها لعلاج المرضى .

منذ أكثر من قرنين عُرف أن الجهاز العصبى يعمل بطريقة « البطاريات الجافة » ، أى أن الخلية العصبية ترسل تيارا كهربيا ، ينساب على طول محاورها العصبية حتى يصل إلى خلية أخرى تكاد تمسها ، إلاّ أنه تبقى بينهما مسافة لا يدركها إلا المجهر الالكترونى . وهنا تخرج كمية صغيرة من مادة كيماوية من ثغور خاصة فى نهاية المحور ، لتصل إلى مناطق خاصة على سطح الخلية الأخرى فتنبهها كيماويا ، فينتج عن هذا التنبيه تيار كهربى يسرى على سطح الخلية المستقبلة وعلى محورها العصبى حتى يصل إلى نهايتها قرب خلية ثالثة ، فتخرج كمية من المواد الكيماوية لتنبيه تلك الخلية الثالثة ، وهكذا . أي يتوالى حدوث التنبيه الكيماوى والكهربى اللذين يمثلان معا طريقة تأدية الجهاز العصبى لوظيفته .

وفى منتصف الخمسينيات اكتشف علماء الكيمياء الدوائية صدفة بعض العقاقير التى تعالج الاكتئاب ـ سميت بالمبهجات أو مضادات الاكتئاب ـ بينما هم يبحثون عن أدوية تعالج مرض السل . كما اكتشف عقار يؤدى إلى حدوث الاكتئاب إذا استخدم لمدة طويلة ، وكان هذا الدواء مشتقا من أعشاب هندية ، وحُضير دوائيا لخفض ضغط الدم . وبإجراء تجارب على هذين النوعين من الأدوية ـ التى تجلب الاكتئاب والتى تذهبه ـ أمكن رسم خط مسار مبدئى للمواد

الكيماوية التى ينتجها المخ وتلعب دورا هاما وواضحا فى الانفعالات .

وبالمثل ـ وفى نفس الوقت ـ تم اكتشاف عقاقير تصلح لعلاج اضطرابات السلوك والتفكير المصاحبة لبعض الأمراض العقلية ـ خصوصا الفصام ، وكان المقصود من تركيب هذه الأدوية استخدامها لعلاج القيء المصاحب للوحم . وهنا بدأ أيضا تبين المسارات الكيماوية التى تخدم التفكير والسلوك . وشيئا فشيئا بدأت الخريطة الكاملة للخلفية الكيماوية لتلك الأعراض السلوكية والفكرية والانفعالية المصاحبة للأمراض العقلية ـ فى استكمال حلقاتها . ولم يعد هناك مفر من أخذ هذه الحقائق فى الاعتبار عند تشخيص وعلاج هذه المجموعة من الأمراض ـ التى مرت بكل المراحل التى مرت بها باقى الأمراض على مر العصور ، فأرجعت إلى الأرواح الشريرة والشياطين ، ثم إلى لعنة الآلهة الوثنية ، ثم إلى التفسير المنطقى الصورى الأغريقى الذى اعتبر الأرض مكونة من أربعة عناصر ، يقابلها فى الإنسان أخلاط أربعة لأنه ناشىء عن الأرض . وبالتالى فالمرض حسب هذا المنطق ماهو إلاّ انعدام التوازن بين كميات هذه الأخلاط . فما علينا إذا مرض أحد بالحمى سوى أن نفصد ما بجسمه من الدم ، إذ أن هذا هو الخليط الحار الرطب ، كما كانوا يقولون ـ وكله كلام كما ترى ـ وعلينا أن نستمر فى هذا الفصد حتى ولو مات المريض ، فالتصور العقلى يقول بهذا . ولم يكن المنهج التجريبى الذى ابتدعه العرب قد ظهر بعد .

هل المجرب خير من الطبيب ؟:

ثم جاءت مرحلة « المجرب » الذى هو خير من الطبيب ـ وهو من يقع مصادفة على طريقة للعلاج تنجح فى بعض الحالات ، فيطبقها على كل ما يشبهها دون أن يعلم كيف تعمل هذه الطريقة . فكان استخدام « السنامكى » لكل أنواع الإمساك حتى ولو كانت بسبب انسداد الأمعاء ، واستخدام الكى لكل أنواع الآلام حتى ولو كانت ناشئة عن أورام ضاغطة على العصب ، واستخدام

الصدمات الكهربائية فى علاج الاكتئاب والفصام دون أن نعلم كيف تعمل ـ إلا أنها كانت والحمد لله خالية من أى ضرر إلاّ لمن لا يحتمل قلبه أو بنية هيكله التعرض لهذا النوع من العلاج .

وهكذا .. إلى أن جاء التجريب ، أى إجراء التجارب المنضبطة مع تحديد العوامل التى يحتمل قيامها بدور ما فى إحداث المرض ، ودراسة آثار هذه العوامل واحدا بعد آخر باستخدام ما يسمى بالمجموعة الضابطة ـ التى تتعرض لكل الظروف المماثلة للمجموعة البحثية فيما عدا العامل موضع التجريب . وهذا هو المنهج العلمى الذى بُنيت عليه كل معطيات الحضارة الحديثة بعد أن أضيف إليه اتقان الوسائل المستخدمة فى البحث ، واستنباط طرق تكنولوجية دقيقة تناسب ما يجريه العلماء من تجارب .

كان هذا قدر الأمراض التى تصيب الإنسان ، سواء كانت بسبب العدوى أو الإصابات المرضية ، أو اضطرابات العمليات الأيضية ـ أى الهدم والبناء فى أنسجة الجسم ، إلى غير ذلك . لكن نصيب الأمراض النفسية كان ضئيلا فى هذا المجال . فباستثناء بعض الاكتشافات القليلة مثل جرثومة الزهرى التى يمكن أن تؤدى إلى العته إذا ما أصابت الجهاز العصبى ، بقى شرح الأمراض النفسية والعقلية على مستوى الوصف لأعراضها مع تفسيرها على أسس سحرية ـ أى تبعا لتأثير قوى غامضة لا يمكن قياسها ولا التجريب عليها ، بل يجب « الايمان المطلق بها » ، ولو أنها لم تهبط بها الملائكة من الملأ الأعلى . وكانت هذه القوى فى الماضى أرواحا شريرة وآلهة غضبى ، وشياطين يجب إخراجها بضرب المريض وإلقائه فى جب عميق ، وتقييد يديه وقدميه بالسلاسل الغليظة ، أو الدعاء له وتقديم القرابين للآلهة . إلا أن كل هذا انزوى بعد الاستنارة العقلية التى قدمها منهج التجريب الغربى ، ولو أنه لم يرزق بديلا علميا فى مجال الأمراض النفسية . وهنا جاءت موجة عارمة خبيثة يلتبس فيها الحق بالباطل ، ويؤدى فيها اللعب بالألفاظ دورا مخدرا ـ عندما استبدلت

غشاوة الأرواح الشريرة والشياطين التي لا تقاس ولا يجرب عليها ، بغشاوة « الليبيدو »(*) و« التثبيت » و« النكوص » .. الخ من مفاهيم بدت مغرية وتبناها أغلب المثقفين ، خصوصا من كان منهم حريصا على ركوب موجات « آخر صيحة » فى الكتابات الثقافية ، حتى ولو لم تكن فى مجال تخصصهم تلك الهالة من العصرية والحداثة . ثم ما أشيع من أن هذه المفاهيم « علمية » ، رغم ما أعلنه العلماء الراسخون فى فقه العلوم أو فلسفتها من أمثال « كارل بوبر » الذى بين بُعد هذه الآراء - التى سميت بالنظريات - عن التفكير العلمى تماما ومنذ نشأتها فى فيينا ، لسبب بسيط هو أنها غير قابلة للإثبات أو النفى - أى أنها لا تخضع للتجريب العلمى .

وتوالت موجات الدعاية لتروج هذه المفاهيم ، بحيث أصبحت « الموضة » فى كتابة الروايات ، وأفلام السينما ، كما أصبحت المحك فى تفسير أعمال الفن التشكيلى ، بل فى تفسير الحركات السياسية . ولعل هذا يعطينا فكرة عن مدى إمكان لبس الحق بالباطل فى عالمنا الحالى ، الذى سيطرت عليه وسائل الإعلام الجماهيرى واسعة الانتشار - التى تعتمد على الإيحاء ومخاطبة العواطف وإثارة الانفعال ، أكثر مما تعتمد على الإقناع العقلى والحوار الموضوعى .

ولكن لم يكن هناك بد من التساؤل بين الأطباء النفسيين عن مدى صحة تلك الأفكار السحرية المرتدية ثوب العلم ، أو على الأقل دار حوار كثيف عن كيفية إيجاد توائم بين الحقائق البيولوجية المكتسحة وبين تلك الآراء والتصورات . ثم جاء الأمر الواقع ، وتغيرت نتائج العلاج فى الطب النفسى بحيث ارتفعت نسبة الشفاء بين المرضى ، وقصرت مدة العلاج ، وقل الالتجاء

(*) الليبيدو : مصطلح من مصطلحات مدرسة التحليل النفسى تقصد به « الطاقة الحيوية » ، وهو مفهوم غير محدد . ومن الناحية العملية استخدم مصطلح « الليبيدو » للدلالة على الطاقة الجنسية ..

إلى مستشفيات الأمراض العقلية ـ التى تحولت إلى مستشفيات عادية لها غرفة استقبال تتلقى الحالات الطارئة ، ولها عيادات خارجية يتردد عليها المرضى لمتابعة حالاتهم بينما يؤدون أعمالهم فيما بين تلك الزيارات ، مثلهم فى ذلك مثل أى مريض بداء باطنى أو جلدى أو .. أو .. وهُدمت الأسوار العالية التى كانت تحيط بتلك « السرايات الصفراء » كما فُتحت الأبواب للزوار ، ولمرضى العلاج النهارى الذين يقضون يومهم فى العمل بالمستشفى تحت إشراف أطبائهم ثم يعودون إلى منازلهم لقضاء الليل ـ مثل أى عامل فى أى مصنع ، وسقط كهنوت الطب النفسى وفتح قدس أقداسه لنور العلم .

هذه المراحل سريعة التطور عشتها منذ أول تخرجى ، وهذا ما جعلنى الآن قادرا على تبين القفزة الهائلة التى قفزها علمنا عن الوظائف النفسية للإنسان ـ وهى للأسف لم تصل بعد بالقدر الكافى للجمهور العريض ، وخصوصا « المتعلمين » منهم ، على عكس ما كنت أنتظر . ولكنى أستطيع القول فى هدوء وثقة إن موقف المتعلمين (ولا أقول المثقفين) من هذه الثورة فى تفسير الظواهر النفسية والأمراض النفسية ، فيه دليل قوى على أن مناهج التعليم فى بلدنا لا تنمى فينا الفكر العلمى الموضوعى ، بل كل ما يعطينا التعليم فى بلدنا هو مجموعة من الحقائق العلمية مطلوب حفظها واسترجاعها على أوراق الامتحان دون أن تحرك طاقاتنا الفكرية . بل وأستطيع القول بأن من لم يتعرض لهذا النوع من التعليم ، يحتفظ بفطرته السليمة فيلجأ إلى الملاحظة والقياس ، ويتقبل هذه الحقائق تقبلا أفضل من مواطنيه المتعلمين . وقد ذكرت هذا مراراً فى أكثر من مجال ، ولن أمل ترديده عسى أن يحثنا هذا الترديد على مراجعة مناهج التعليم فى بلدنا مُراجعة جادة .

أنت وأنا نفكر وننفعل ونسلك ونتخذ قراراتنا باستخدام طاقة كيماوية وكهربية . ولا يمنع هذا من وجود عوامل أخرى تعلو على هذا المستوى الكيماوى والكهربى ، إلاّ أن هذه العوامل فى آخر الأمر تحتاج إلى الكيمياء

والكهرباء لتحقيق ما تريده . أما فى الأمراض النفسية ذات الصور الاكلينيكية المميزة ، فالعاملان الكيماوى والكهربائى هما المحدد النهائى لحدوث الأعراض ، وإصلاحهما يؤدى إلى اختفاء الأعراض وعودة المريض إلى حالته الطبيعية ، بحيث ينتج ويحصل فى دراسته ويتفاعل مع إخوانه فى المجتمع تفاعلا سويا . وقد يكون هذا الشفاء تاما فى بعض الحالات ، وقد يحتاج إلى معاودة العلاج بين فترة وأخرى ، أو إلى الاستمرار فى تناول جرعة صغيرة من الدواء ـ نسميها جرعة الصيانة . وهذه التنويعات موجودة فى كل أنواع المرض الأخرى . فمريض البول السكرى يلزمه الاستمرار على العلاج بالإنسولين أو الأقراص التى تساعد على إفراز الإنسولين ، ومرضى القلب يحتاجون إلى جرعة صيانة تبقى قلوبهم قادرة على القيام بواجباتها دون أن يضطر المريض إلى ملازمة فراشه .

وأحب أن أختم كلامى فى هذا المجال بتقرير أن المرض العقلى ينطبق عليه ما ينطبق على باقى أنواع الأمراض التى تصيب الإنسان . أما الحالة النفسية من تغير فى المزاج أو عادات سلوكية تسبب المتاعب الاجتماعية أو العائلية ، وما إلى ذلك ، فهى شىء آخر يحتاج إلى وسائل سليمة فى التربية وأعراف سوية فى المجتمع . كما أحب أن أقول إن حاجة المريض العقلى للعلاج النفسى تماثلها حاجة المريض بكسر فى ساقه ، أو المصاب بمرض عزله عن المجتمع مدة طويلة ، فكلهم محتاج إلى تهيئة نفسية للعودة إلى مجتمعهم الصغير أو المجتمع الواسع كل حسب حاجته . ونحن نخطىء عندما نحرم المريض العقلى من العلاج الدوائى ، مثلما يخطىء الطبيب الباطنى أو الجراح ، عندما يترك مريضه بعد الشفاء من مرضه ، أو بعد التئام جرحه ، دون أن يعيده إلى نشاطه ومجتمعه بشىء من العلاج النفسى ـ مع فروق فى الدرجة فقط .

الفصل التاســع

أمراض نفسية وعصبية وأشياء أخرى

مع بداية القرن العشرين أخذت البحوث الطبية فى الأزدياد كما وكيفا . وعندما أتقن فن التعقيم والتخدير ازدهرت الجراحة ازدهارا مفاجئا ، ولو أنها كانت تعتبر امتداد لعمل « حلاق الصحة » فى الوقت الذى بدأت فيه « الكليات الملكية » فى المملكة المتحدة . وإلى الآن يدعى الحاصل على عضوية كلية الجراحين الملكية بلقب « مستر » وليس « دكتورا » إشارة إلى أنه سليل حلاق الصحة .

وعندما اكتشفت مركبات السلفا ومن بعدها المضادات الحيوية والادوية القاتلة للطفيليات ، ازدهرت دراسة الحميات والأمراض الطفيلية . وتم ذلك الازدهار فى فروع الطب المختلفة ، والتى لم تكن بعد قد تفرقت إلى فروع مستقلة . وهنا احتاج الأمر الواقع إلى التخصص فى تلك الفروع ، إذ أنه لم يعد فى استطاعة الطبيب أن يلم بكل جديد فى الفروع المختلفة . وهنا انفصلت « الجراحة » عن « الطب » وبقى من آثار التحامهما السابق اسم بكالوريوس كلية الطب فهو « بكالوريوس الطب والجراحة » . ثم انقسمت الجراحة إلى تخصصاتها المختلفة ، واستمر تفتيتها وتفتيت الطب الباطنى إلى الدرجة التى تبلورت فى إحدى النكات المصرية الشهيرة . إذ يروى أن شخصا قدّم مختصا فى فرع « الأنف والأذن والحنجرة » إلى إحدى الشخصيات المعروفة بسرعة البديهة ولذعة النكتة ، ولكنه صحح التقديم بقوله إنه مختص فى الأنف فقط ،

فما كان من الشخصية الظريفة إلا أن سألته : « أفى الفتحة اليمنى أم اليسرى ؟ » .

كان هذا التخصص مقبولا ومفيدا فى مرحلة التقدم السريع الأولى ، ولكن عند منتصف القرن أدى هذا التقدم نفسه إلى تلاحم تلك التخصصات مرة أخرى . إذ أخذت الحدود بينها تختفى ، وكأنها بقع من الزيت ظهرت على سطح بحيرة ثم اتسعت رويدا رويدا حتى تداخلت إحداها فى الأخرى وأصبحت كلها بقعة واحدة ، يحار من يحاول تبين حدودها الأولى .

وفى مجال أمراض الجهاز العصبى ، أخذت هذه الظاهرة شكلا حادا . فكان انفصال الأمراض العصبية عن الأمراض الباطنة العامة متأخرا لأسباب عدة منها صعوبة اتقانها وصعوبة علاجها فى ذلك الوقت ، إلا أنها انفصلت منذ حوالى ستين عاما ، وأصبح لها شهاداتها المؤهلة الخاصة بها . وفى ذلك الوقت كانت الأمراض العقلية تحت تأثير التفسيرات الفلسفية والسحرية الجدلية ولها مدارسها المختلفة والمتعارضة ، فيما عدا ما سمى بالأمراض العقلية العضوية ، وكان أشهرها وأولها فى التمييز « زهرى الجهاز العصبى » الذى يسبب نوعا من العته وضعف الحركة والارتعاش الخ .. ، وتميز هذا المرض عن باقى الأمراض العقلية بعد ما اكتشفت البكتريا المسببة له . وبذلك بقيت الأمراض العقلية بمعزل عن الأمراض العصبية من الناحية الأكاديمية وبفضل أساتذتها الأوائل الذين طاب لهم تفسيرها على أسس فلسفية وافتراضات تصورية ، ولو أنه كان من المعترف به أنه إذا كان هناك عضو مسئول عن العمليات النفسية فهو المخ ، وإذا كانت هناك أمراض تؤدى إلى اضطراب تلك الوظائف النفسية فلا بد أن تكون لها علاقة بالمخ . ولكن المعلومات العلمية التى كانت متاحة فى تلك المرحلة لم تكن تستطيع أن تحسم هذه القضية الحسم الذى حدث فى خمسينيات هذا القرن . وبالرغم عن وجود هذا التقسيم الأكاديمى ، إلاّ أن الممارسة الفعلية كانت تدل على أن نفس الطبيب يعالج

الحالات المسماة بالعصبية وشقيقاتها المسماة بالعقلية أو النفسية .

ومع تقدم الجراحة ، رأى بعض الجراحين أن يغزو حرم الجهاز العصبى . فابتدأوا بعمليات النتوء الغضروفى ، إذ أنهم فى هذا الموقع لا يقتربون من الأماكن الدقيقة المسئولة عن العمليات النفسية العليا ، بل لا يتعدى تدخلهم الاقتراب من الجذور العصبية الموجودة فى تجويف فقار « سلسلة الظهر » كما تسمى عادة . ولسهولة هذه العمليات نسبيا ، تشارك فيها جراحو العظام مع الرعيل الأول من الجراحين الذين نذروا حياتهم العملية لغزو الجهاز العصبى .

الدخول للعريـن :

ثم كان غزو الجمجمة والدخول إلى عرين المخ ، فأزيلت التجمعات الدموية على سطح المخ ، ثم ازدادت الثقة والشجاعة فأزيلت أورام من المخ ، وأجريت جراحات لعلاج حالات الصرع وغير ذلك . وواكب هذا الإقدام تقدم وسائل التشخيص بالأشعة وغيرها ، فاستطاع حقن الشرايين بالصبغة تحديد أماكن الإصابة المخية تحديدا كافيا لإجراء جراحات مأمونة ، كما ساعد على تحديد نوع الإصابة إلى حد كبير . ثم جاءت الأشعة المقطعية المصحوبة فى معظم الأحيان بالصبغة المحقونة فى الوريد ، ومثلها الرنين المغناطيسى وغيره من معطيات التكنولوجيا الحديثة .

وهنا أحب أن أشير إلى جيلين من جراحى الأعصاب ، أو بالأحرى فريقين منهم : فالجيل الأول بدأ جراحا ودخل إلى عرين المخ دون أن يمر بدراسة كافية فى فحص الجهاز العصبى أو تشخيص حالاته ، فكان محتاجا إلى من يشخص له وما عليه إلاّ أن يعمل مبضعه . وهذه الطريقة نجحت فى المراكز الطبية التى تعمل فى شكل فريق ، بل ونبغ من هذا الجيل بعض من ذاعت شهرته عالميا . إذ أنه بتفرغه للعمل الجراحى ، تمكن من تقنياته مثلما يتمكن أى « أوسطى » ميكانيكى من فك جزء معين من الموتور وإصلاحه وإعادة

تركيبه ، إلاّ أنه يحتاج إلى المهندس الذى يدله على مكان العطب ونوعه .
ولهذا تعجب بعض الناس من اختلاف النتائج فى جراحات ذلك الجيل بين وقت وآخر . ويحضرنى مثل مذهل يندرج تحت هذا التقسيم . إذ زارنا فى مصر أحد نجوم جراحة الأعصاب ، ذاعت شهرته شرقا وغربا وشمالا وجنوبا بحيث أعتبر - واعتبر معه مستشفاه ، علمين على جراحة الأعصاب . وكانت زيارته الأولى فى شكل فريق متكامل من أطباء الأمراض العصبية ، وأخصائيى الأشعة للجهاز العصبى ، ورسامى المخ والعضلات . وكنا نشاركهم فى جلساتهم العلمية ، وفى تشخيص الحالات ومتابعتها بعد إجراء الجراحة . وكانت تلك الجلسات متعة علمية وعقلية يصعب أن تسمو إليها متعة أخرى ، كما أن نتائج الجراحة كانت مبهرة وكثيرا ما تجاوزت أى حد لتصورنا ، أو حتى تصور هذا الفريق الزائر .

ثم كانت زيارته الثانية وكان فيها بمفرده . ولا أستطيع أن أصف مدى اختلاف النتائج بين الزيارتين ، بحيث لم يكرر ذلك « النجم » زياراته لمصر بعد ذلك .

أما الجيل التالى فبدأ بدراسة أمراض الجهاز العصبى ومارس فحصها وتشخيصها - بل وحصل بعضهم على درجات علمية فى هذا التخصص ، ثم انتقل إلى الجراحة فوجد الجهاز العصبى مألوفا لديه ، وأصبح يتكلم نفس اللغة التى يتكلمها أطباء الأمراض العصبية . وهنا قفزت جراحة الأعصاب قفزات هائلة ، وساعدها على ذلك التقدم التكنولوجى ، وأصبحنا الآن نجرؤ على خوض معارك لم يكن يخطر ببالنا مجرد مناقشتها عندما كنا ندرس أو نمارس عملنا أطباء مقيمين .

أما الأمراض النفسية (أو العقلية أو سمها كما شئت) فقد انتقلت إلى المستوى العلمى . واستلزمت ممارسة علاجها الإلمام الكافى بأمراض الجهاز

العصبى ، إذ أنها فعلا أمراض لهذا الجهاز ، بل وأمراض فى أدق مكوناته وهى المكونات الكيماوية والكهربية .

وهنا التحمت أمراض الجهاز العصبى ، فأصبحت الحدود بين ما يسمى بالأمراض ألعصبية ، وما يسمى بالأمراض النفسية ، وبين ما يحتاج منها إلى تدخل جراحى حدودا وهمية مثل خطوط الطول والعرض - قد تفيد عند أول اقتراب من دراستها ، كما تفيد خطوط الطول فى معرفة فروق الوقت وخطوط العرض فى معرفة الموقع الجغرافى ، ولكن هذه الخطوط تذوب وتختفى عند الممارسة كما تختفى خطوط الطول والعرض عند التنقل من مكان إلى آخر ، فأنت محتاج لأن يخبرك قائد الطائرة أنك تمر الآن فوق خط الاستواء ، ولكنك تنظر من نافذة الطائرة فلا ترى خطا للاستواء أو غيره .

والجمهور بفطرته يدرك هذا ، فلا يفرق بين مرض عصبى أو نفسى أو مرض يحتاج إلى جراحة ، فهو يلجأ إلى أى طبيب يضع تحت اسمه كلمة تشير إلى الجهاز العصبى . ولا بأس فى هذا - فى رأيى - إذا استعد كل من أعضاء هذه التخصصات الثلاثة - أو التخصص الواحد مثلث الجنبات - الاستعداد الكافى لعلاج تلك الحالات ، أو على الأقل أصبح قادرا على التمييز بين الأنواع التى يمكنه علاجها فيتولى مسئوليتها ، وبين تلك التى تحتاج إلى رعاية زميل له فيحيلها إليه راضيا مطمئنا .

إلاّ أن الممارسة الواقعية تبين غير ذلك - ولو أنه لحسن الحظ لا يتعدى نسبة ضئيلة من ممارسى التخصصات العصبية . فجراحة الأعصاب لا يستطيع ممارستها إلاّ جراح الأعصاب ، وهنا لا بد أن تحول تلك الحالات إلى « خبازيها » . ولكن العكس غير صحيح ، فكثيرا ما نرى تخصصا يسمى « المخ والأعصاب » وهو فى الأغلب يدل على « جراحة الأعصاب » ، إلا أنه يُترك فى لفظه الغائم ذلك لعل مريضا بالصرع أو بالفالج يطرق الباب . وهناك من الاخصائيين من يرى ضرورة الفصل بين الأمراض العصبية

والنفسية ، ويصر على ذلك فى لافتته وتذاكره الطبية ، وهذا جميل وتحديد مطلوب ، إلا أنه لا يرفض فى ممارسته الفعلية أن يعالج « التخصصين » ـ على حسب رأيه ـ ولو أنه يدافع عن فصلهما ، وهكذا .

ولعلنا نصل قريبا إلى كلمة سواء ، فمن كان مستطيعا أن يمارس العلاج فى كل الحالات دراسة وتدريبا فليكن كذلك . ومن كان مستطيعا أن يمارس بعضها فقط فلينص على ذلك وليتمسك به ، ومن كان لا يستطيع إلاّ ممارسة العلاج فى نوع واحد من أمراض هذا التخصص العصبى فنعم هو .

أما ما أستطيع التنبؤ به للمستقبل ـ الذى لا أظنه بعيدا ـ هو إنشاء مراكز متكاملة لأمراض الجهاز العصبى ـ بما فى ذلك الطبيب والجراح وطبيب الأشعة والعاملين فى حقل التكنولوجيا العصبية والعلاج الطبيعى ، ليعملوا معا لخير المريض والعلم وخير أنفسهم ، ويبقى دور الممارس العام الذى يستطيع التقاط الحالات فى مراحلها الأولى ويوجهها إلى تلك المراكز .

الفصل العاشــــر

العضلات جزء من الجهاز العصبى

عندما كنا ندرس فسيولوجيا الجهاز العصبى - أى العلم الذى يبحث فى وظائف هذا الجهاز وكيف يؤديها والقوانين التى تحكم ذلك الأداء ، كنا ندرسها على مرحلتين : مرحلة تعنى بالجهاز العصبى المركزى من المخ والمخيخ وجذع الدماغ والحبل الشوكى ، ثم مرحلة أخرى تدرس الأعصاب الطرفية وصلتها بالعضلات . وكان هذا التقسيم يوحى بأن العضلات جزء مميز عن الجهاز العصبى ، ولو أنه يقع تحت تأثيره عن طريق الأعصاب الطرفية ، أى التى تنتشر إلى أطراف الجسم فتغذى الذراعين والساقين وغيرها .

ولما جئنا إلى دراسة أمراض الجهاز العصبى ، وجدنا فصلا يناقش أمراض العضلات ، خصوصا تلك الأمراض المسماة بالوراثية . وكنا نشعر أيضا أن هذا الجزء ماهو إلا ابن ضال لم يجد له مكانا فى فرع ما من فروع الأمراض الباطنية ، فأضيف إلى فرع الأمراض العصبية ، عملا بالنسب الذى يربطه بالأعصاب الطرفية .

وكانت هناك أرض مشاعة بين أمراض العضلات كما تدرسها كتب الأمراض العصبية ، وتلك الأمراض عندما تذكرها كتب الأمراض الروماتيزمية - وهى أنواع من التهابات العضلات عُرف مؤخرا أنها تنشأ عن اضطراب فى المناعة الذاتية . ومازالت تلك الأمراض موزعة بين تخصصى الأمراض العصبية والأمراض الروماتيزمية ، إذ أنها تصيب فيما تصيب من

أجهزة الجسم الجهاز العصبى فى الكثير جدا من الحالات ، أما ذكرها بين الأمراض الروماتيزمية فذلك إيماء إلى التغيرات المرضية المصاحبة لها . وهى تدخل فى أمراض المناعة الذاتية التى أصبحت الآن التسمية العلمية الأدق لما كنا نسميه الأمراض الروماتيزمية ، إذ أن هذا الاسم لا يعنى أكثر من « الأمراض المؤلمة » . فالروماتيزم فى اللغة الأغريقية هو الألم .

وهكذا نشأنا على أننا مطالبون بتشخيص وعلاج أمراض العضلات على أساس صلة القربى . إلاّ أنه فى العقدين الأخيرين ، اتضح أن العضلة جزء لا يتجزأ من الجهاز العصبى ، فهى لا تتأثر بالتنبيهات العصبية التى تصلها عن طريق الأعصاب الطرفية فحسب ، بل إنها تؤثر هى فى تلك الأنسجة العصبية ، بمعنى أن المرض الذى يبدأ فى العضلة يمكنه أن ينتشر فى العصب المغذى لها فيصيبه الضمور ويفقد وظيفته . فأصبحت بذلك صلة القربى فى حقيقتها جزءا أصيلا من الذات ، وبذلك أصبح التزامنا كأطباء أمراض عصبية بأمراض تلك العضلات التزاما أوليا إجباريا لا فكاك منه .

وقد تقدمت الدراسات فى مجال أمراض العضلات . فهناك الكشف الكهربى على العضلة ذاتها ، وهو يعطى استجابات مختلفة تدل على سلامة العضلة أو إصابتها ، وما إذا كانت الإصابة أولية فى العضلة نفسها أم ثانوية نتيجة إصابة العصب المغذى لها . كما أن تلك الاستجابات تستطيع أن تدلنا على شدة تلك الإصابات ، وكذلك مدى استجابتها للعلاج .

وهناك رسم العضلات الكهربى ، إذ ندخل قطبا كهربيا فى شكل « إبرة » داخل العضلة ـ وفى بعض الأحيان داخل واحدة من أليافها ـ ثم نلتقط الموجات الكهربية الصادرة عن تلك العضلة ، ونغذى بها الجهاز الذى يكبِّرها مرات ذات عدد حتى يمكن رؤيتها بالعين على شاشة الجهاز ، كما يمكن تصويرها .

ويمكننا أن ننبه العضلة بتنبيه الأعصاب المغذية لها ـ وعلى مسافات مختلفة من العضلة ، ثم نلتقط أثر انقباض تلك العضلة بواسطة الإبرة سابقة الذكر .

ونستطيع بذلك حساب سرعة انتشار التنبيه الكهربائى للعصب ، ونوع انقباض العضلة الناتج عن ذلك . وكل هذا يعطينا معلومات قيمة جدا تساعدنا على تشخيص الأنواع العديدة من أمراض العضلات .

وقد يصل بنا الأمر إلى أخذ عينة من العضلة نفسها لفحصها تحت المجهر بعد صبغها بأصباغ مختلفة .

أمراض تفضل النسـاء :

ليست أمراض العضلات مشهورة بين الجمهور ، فالواضح منها قليل الانتشار والحمد لله ، وهو يظهر أكثر ما يظهر فى الطفولة المبكرة . فبعد أن يتعدى الطفل سنوات عمره الأولى ، فيستطيع المشى والجرى وصعود الدرج والهبوط عليه ، نجده يتراجع عن هذه الأنشطة الحركية شيئا فشيئا . ولعل أول ما يفقده هو قدرته على صعود السلم ، وكذلك القيام من وضع الاستلقاء دون مساعدة ، أو يحتاج إلى الاتجاه نحو أحد جانبيه ليساعد بذراعيه وقدميه على فرد جذعه فيبدو وكأنه يتسلق ساقيه عندما يقوم من الأرض أو الفراش . وبعض هذه الحالات ينتشر فى العائلات ، وقليل منها يتحسن بالعلاج ، وإن كنا في انتظار علاجات أكثر فاعلية بعد إتمام الأبحاث التى تجرى على الهندسة الوراثية .

أما باقى أمراض العضلات التى قد تمر دون أن يتبينها المريض ـ أو المريضة على الأصح ، إذ أنها أكثر انتشارا بين الإناث ، فهى تلك التى تصاحب أمراضا أخرى مثل أمراض اختلال المناعة ـ أو بعض الحميات ـ وبعضها يظهر فى شكل مضاعفات لأمراض سرطانية ـ حتى قبل التعرف على المصدر الأول للسرطان .

وبعضها ـ وهو نادر ـ يحدث من التسمم نتيجة تناول لحوم محفوظة تحتوى على جرثومة معينة ، تفرز مادة سامة تسبب شللا مفاجئا فى كل عضلات

الجسم ، إلا أن أهمها عضلات التنفس والبلع . ومثل هذه الحالات تشكل أمثلة لما يمكن أن نسميه « بالنكات البائخة » فى الطب . فهى « نكات » لأنها نادرة ، ولأنها إذا ما عولجت فى الوقت المناسب - مرت دون أن تترك أثرا ما وأصبحت مجرد تجربة لا يستحب تذكرها . أما أنها « بائخة » فلأنها تنقلب إلى مأساة قاتلة إذا أهملت أو لم تشخص كما يجب فى مراحلها الأولى ، فيتوقف التنفس أو يضل بعض الطعام طريقه إلى الشعب الهوائية فى أثناء البلع ، وكلاهما لا تحمد عواقبه .

وقد حدثت مثل هذه « النكتة البائخة » لإحدى العائلات فى عيد شم النسيم منذ عدة سنوات . إذ اجتمعت العائلة على أكلة فسيخ ، والظاهر أنها كانت شهية ، كما أن الصحبة كانت هنية ، فأتت العائلة على كمية الفسيخ غير تاركة منها فضلا . وراحت السكرة وجاءت الفكرة بعد ساعات قليلة ، فأخذ أفراد العائلة يشعرون بإنهاك شديد فى كل عضلات الجسم ، ثم بضيق فى التنفس ، فأسرع بهم طبيب قريب لهم إلى وحدة العناية المكثفة بمستشفى عين شمس . ولم يكن تشخيصهم صعبا ، إذ أن حدوث الحالات فى مجموعه يشير إلى سبب مشترك هو التسمم بشىء ما ، ثم الصورة الدالة على هذا التسمم الخاص (ويسمى بوتيوليزم) صورة مميزة بضعف شامل لكل عضلات الجسم ، ثم مناسبة شم النسيم وتاريخ أكل الفسيخ - كل هذا جعل التشخيص سهلا ، ولكن العلاج لم يكن سهلا . فمن الممكن الإبقاء على المصابين أحياء بواسطة التنفس الصناعى وبعض العقاقير التى تعالج الأعراض ، أما الترياق المضاد للسم فيندر وجوده إلا فى بعض الوحدات الطبية المتخصصة ، ولم يكن وقتها قد تم تأسيس مركز السموم بمستشفيات عين شمس . ولم يكن أمامنا إلاّ إبقاء العائلة بأجمعها تحت التنفس الصناعى والعقاقير المخففة للأعراض ، إلى أن وصل الترياق بعد أيام . وقد تماثل المصابون فعلا للشفاء بانقضاء الوقت الذى يستمر فيه فعل السموم .

ومن أمراض العضلات التى قد تحير المريض بل والأطباء ، نوع نادر

أيضا ، ولكنى أصفه من باب التدليل على أهمية إحاطة الطبيب بشىء غير قليل من التخصصات التى قد يراها بعيدة عن تخصصه الذى ارتضاه لنفسه . يظهر هذا المرض فى شكل آلام تنتقل من عضلة إلى عضلة ، وتستمر أسابيع بل شهورا ، بل وأكثر من ذلك ، وقد يؤدى استمرارها إلى التدخل فى مسار حياة المريض المهنية أو الشخصية . وأول حالة مرت بى كانت لصيدلى فى القوات المسلحة ، اضطر إلى الاستقالة وتغيير مجرى حياته المهنية ظنا منه أن العمل فى القوات المسلحة قد يكون أشد وطأة مما يحتمل ، بل وأجل إتمام زواجه سنة أو ما يقرب من ذلك حتى يستطيع التخلص من آلامه .

وكان من الطبيعى أن يعرض المريض نفسه على أطباء من تخصصات مختلفة . فطبيب الأمراض الباطنة أحاله إلى أخصائى الروماتيزم الذى أجرى له تحليلات معملية عدة ورسم عضلات كهربائى ، ثم أحاله إلى طبيب نفسى . وذلك الأخير أحاطه بعنايته ، وأعطاه الكثير من وقته فى جلسات نفسية ناقش فيها حياته الأولى ثم علاقته بالقوات المسلحة ، ثم علاقته الزوجية المأمولة ، حتى فكر المريض فى استشارة طبيب آخر ، واختارنى . ووجدت الفحص الطبى لا يشير إلى أى مرض معروف فى الأعصاب أو العضلات ، كما أن الفحص النفسى لم يشر إلى اضطراب نفسى معين ، بل لعل هذا الصيدلى كان من أكثر الشخصيات التى قابلتها ثباتا واكتمالا فى تكوين شخصيته ، وكان على وعى تام بكل ظروفه الخاصة والعامة ، وعلى بيّنة مما تتطلبه تلك الظروف من أعباء قد استعد لها ويقوم بتحملها على ما يرام . وهنا خطر ببالى ذلك النوع النادر من آلام العضلات الذى يصاحبه تغيير معين فى رسم المخ - خصوصا أثناء النوم - فعرضت عليه إجراء هذا الفحص فى معمل رسم المخ بمستشفى عين شمس ، ويتطلب ذلك أن يقضى ليلة فى المستشفى فوافق . وكان أن ظهر هذا التغير المميز فى رسم المخ الكهربى ، وأصبح بعدها العلاج سهلا .

لا أحب أن أشير كثيرا إلى مثل هذه الحالات النادرة ، بل ولا أحب أن

ادرّسها لطلبة البكالوريوس . إذ تعلمت بخبرتى معلما لعدة سنوات ، أن الطالب الذى لم يكتمل تصوره الأساسى لأنواع الأمراض وطريقة تشخيصها ، يهيم بحفظ أسماء تلك الأمراض النادرة على حساب فهمه لأساسيات الطب ، ويؤدى هذا بطبيعة الحال إلى شهوة تشخيص هذه الحالات النادرة كلما حلا له ذلك ، فيخطىء كثيرا إذ يشخص أمراضا نادرة وتضيع من بين يديه أمراض أخرى أكثر شيوعا وأسهل فى التشخيص والعلاج . وإنى أعتبر تلك الأمراض النادرة أمثلة أخرى « للنكات الطبية » أو النوادر - والنادرة فى اللغة هى الأمر الذى يقل حدوثه فيصبح مادة للتندر . وما ذكرت تلك الحالة إلا لبيان أهمية الاطلاع على كل فروع الطب إلى حد ما . فالطبيب المختص فى عصرنا الحالى هو الذى يعرف معظم الحقائق عن تخصص ما ، وبعض الحقائق عن معظم التخصصات الأخرى - ولا أقول إنه يكون مطالبا بتشخيص وعلاج كل الحالات ، ولكن آمل أن يعرف لمن من زملائه يحول مريضه إذا تبين أعراضا لا تدخل تحت تخصصه ، هذا - ولا شك - بجانب الشائع من الأعراض والأمراض التى يمكن أن يعالجها على مستوى الممارس العام فى مرضاه خارج تخصصه ، وإلا احتاج كل مريض إلى كونصلتو دون داع ولا جدوى .

الفصل الحادى عشـر

حبـوب الأعصـاب

هناك اصطلاحات تنتشر على ألسنة الجمهور ، بل وأقول إنها قد تنتشر على ألسنة الزملاء الأطباء والصيادلة . وأذكر من ذلك أنه عند انتشار مضادات الحيوية ، ونجاحها البارع فى علاج بل واستئصال الكثير من الأمراض المعدية ، شاع تعبير « حقنة الحرارة » إشارة إلى حقنة البنسلين ، بحيث أصبحت تباع مع أنواع البقالة ، فيذهب المريض إلى بقاله - أو بَدَّاله كما كنا ندعوه فى المدارس - ليطلب منه حقنة الحرارة .

ومن الأمثلة الشبيهة مصطلح « المرض العصبى » ، عندما يوصف المريض من معارفه أو حتى من طبيبه أنه « عنده عصبى » . وكثيرا ما جاءنى مرضى بعد نصيحة من أطبائهم أو جراحيهم بأنهم قد شفوا من أمراضهم أو أن الجراحة قد نجحت ، وإنما يشكون الآن من « حالة عصبية » . ويكتفى المريض بهذا الوصف الذى يعتبره تشخيصا ، ويأتى إلى « طبيب العصبية » . وهنا يكون على طبيب الأمراض العصبية أن يفرز المرضى الذين يعانون حقا من أمراض الجهاز العصبى ، ممن لا يزالون يشكون من جرح لم يتم التئامه ، أو من حصاة فى المرارة استمر ألمها بعد استئصال الزائدة الدودية .. الخ . لا بأس ، ولو أن هذا الوضع يُلقى عبئا كبيرا على طبيب الأمراض العصبية والنفسية ، كما يوقعه فى حرج شديد إذا ما اكتشف سببا غير « عصبى » لشكوى المريض فاضطر إلى إعادته إلى طبيبه الأول ، أو أحيانا إلى طبيب آخر إذا رفض المريض العودة إلى طبيبه الأول . لا بأس ،

فهذا محتمل فى كل الظواهر الإنسانية ، وكل ما يمكننى الاعتراض عليه هو ذلك المصطلح « عنده عصبى » ، دون أى تحديد ، ولو جزئيا لنوعية شكوى المريض .

أما ما لا يمكن السكوت عليه فهو اصطلاح « حبوب الأعصاب » - إشارة إلى مجموعات الأدوية والعقاقير المستخدمة لعلاج الأمراض العصبية والنفسية . هذا الاصطلاح يستخدم أكثر ما يستخدم - وللأسف - للإشارة إلى خطورة هذه الأدوية أو الاستهانة بها . وكلا المفهومين يدلان على عدم الدراية الكافية بما تم من تقدم - بل ثورة فى هذا المجال ، أثرت كما قلت سابقا على فهمنا لطبيعة الأمراض العصبية والنفسية ذاتها ، بل وغيرت مسار البحث والفهم فى هذا المجال نحو الاتجاه العلمى التجريبى ، الذى حقق فعلا منعطفا أساسيا فى مجال طب الجهاز العصبى سيحدد مستقبله فى القرون القادمة .

تعالوا نستعرض آثار هذه المفاهيم الخاطئة ، وسأبدأ بمثال كثير التكرار وخطير الأثر فى نفس الوقت .

عند حديثى عن الصرع ذكرت أن أساس النجاح فى علاج تلك الحالات هو الاستمرار على الجرعة الفعالة لزمن لا يقل عن سنتين ، ثم إنقاص تلك الجرعة بالتدريج والاستعانة أحيانا برسم المخ الكهربى .

ماذا يحدث إن لم نتبع تلك القواعد ؟ أظن أنه من الأفضل أن أذكر لكم حادثة واحدة . إذ جاءتنا يوما أم تحمل ابنتها ذات الأربعة عشر « ربيعا » ، وهى فى غيبوبة تامة تقطعها نوبات من التشنج مرة كل ربع ساعة ، وهو ما نسميه « بالغمرة الصرعية » . ومثل هذه الحالة تعتبر إحدى الأمثلة القليلة التى يحتاج المريض فيها إلى تدخل سريع فى مجال الطب العصبى . وفعلا أدخلنا المريضة القسم الداخلى ، وتم التحكم فى التشنجات المتكررة بصعوبة إذ أنها كانت مستمرة لمدة يومين . وبعدها رجعنا إلى الأم لنسألها عن التاريخ السابق لمرض ابنتها ، فأنكرت فى أول الأمر حدوث أى نوبات صرعية مثل هذا

المرض الأخير . إلا أننا بعد استكمال الأبحاث ومراجعة حالة المريضة عند استرجاعها وعيها ، تبين لنا أنها لا بد قد تعرضت لمثل تلك النوبات من قبل ، وفي هذه الحالة لا يمكن أن تحدث هذه « الغمرة الصرعية » إلاّ إذا توقفت المريضة عن تناول الدواء اللازم فجأة لسبب أو آخر . وبعد إلحاح أقرت الأم أن ابنتها قد كانت فعلا تحت العلاج بكبسولات مضادة للصرع ، وأن التشنجات كانت متوقفة منذ ستة أشهر ، إلاّ أنها عند إعادة صرف الدواء ـ وكانت تصرفه من مستشفى إحدى النقابات ، لامها الصيدلي لأنها مستمرة على إعطاء ابنتها تلك « السموم » ، وأنها الآن قد شفيت ولا لزوم لاستمرار تعريضها لهذا التسمم . فأخذت الأم بنصيحته ولم تصرف الدواء ، وراحت ابنتها في غيبوبة « الغمرة الصرعية » .

وعندما انتهت إقامة الابنة نصحنا أمها بالاستمرار على العلاج لمدة سنتين ، مع عرضها على المستشفى مرة كل شهر إلى أن تستقر تماما ، ثم مرة كل ثلاثة أشهر حتى تنتهي السنتان ، وهنا سيجرى لها رسم مخ كهربي آخر ونقرر السرعة اللازمة لإنقاص الجرعة بالتدريج ، وخرجت الأم شاكرة وقد تعلمت درسا لا ينسى .

إلا أنها عندما عادت بابنتها بعد شهر ، وجدتها لا تكف عن الضحك ، وقد بدا عليها شوق شديد إلى الحديث معنا ـ نحن الأطباء الذين باشروا علاج ابنتها وهي في غمرتها الصرعية . فلما أوحينا لها باستعدادنا لسماع ما تريد قوله ، حدثتنا كيف أنها ذهبت لصرف الدواء من نفس الصيدلي ، فعاود لومها على استمرارها في تسميم ابنتها « بحبوب الأعصاب » . فما كان منها إلا أن هجمت عليه وأذاقته قسوة لكماتها ، مما أهاجه ودفعه إلى الالتجاء إلى قسم الشرطة لإثبات الحادث ، والمطالبة بحقه إذ أعتدى عليه أثناء تأدية وظيفته . ولكنه فوجيء باتهام الأم له بمزاولة مهنة الطب دون ترخيص . إذ أنه يتدخل في صرف الدواء دون حق مما عرض ابنتها للوفاة لولا رحمة ربها بها ـ وهنا

تنازل الصيدلى عن البلاغ ، وأظنه لم يعد يتدخل فى صرف « حبوب الأعصاب » مادامت مطلوبة حسب توجيهات الطبيب المختص .

خطر هواة الطــب :

واستخدام مصطلح « حبوب الأعصاب » بهذا الشكل المبهم يدعو الكثيرين من هواة الطب إلى نصح المريض بالتوقف عنها حتى « لا يدمنها » ، أو على الأقل الإقلال منها حتى لا يصبح عبدا لها . وقد يجعل ذلك المريض خجلا من تناولها أمام أقربائه - خصوصا الزوج أو الزوجة - وقد يضطر فعلا إلى التوقف عن تناولها قبل الأوان فيعاوده المرض . والمرض عندما يعود لا يسبب فقط إطالة مدة العلاج ، ولا الاضطرار إلى إدخال المريض مستشفى خاص ، بل قد يضيع عليه فرصة امتحان فيفقد عاما من عمره ، وقد يسبب سوء فهم عند زملائه فى العمل أو رؤسائه فينظرون إليه نظرة عطف مميت أو شك قاتل مما يعوق شفاءه . وهكذا ، وفى هذا المجال بالذات - مجال الإدمان والتعود ، أجد من واجبى التأكيد على أن العقاقير المستخدمة فى علاج الأمراض العقلية مثل الاكتئاب والفصام - وأقول علاجها وليس تسكينها أو الحد من أعراضها ، وهو ما يمكن التوصل إليه الآن فى نسبة كبيرة من الحالات - أقول إن هذه الأدوية لا تعمل عملا مباشرا على خلايا الجهاز العصبى ، ولكنها تصلح بعض الاضطرابات الفسيولوجية والكيماوية فى الجهاز العصبى ، ولذلك فأثرها لا يظهر بعد تناولها مباشرة ولهذا فهى لا تروق لمن يهوى الإدمان ، بل كل ما يظهر من آثار مباشرة قد لا يكون مريحا . إذ أن مثل تلك الآثار هى ما نسميه بالآثار الجانبية ، وهى فى مجموعها متعبة للمريض ، وكثيرا ما نوصيه بتحملها عند بدء العلاج إلى أن يأتى وقت الأثر العلاجى بعد أسبوع أو أسبوعين ، وهنا قد تختفى الآثار الجانبية أو تصبح محتملة . إذن فكيف تؤدى مثل تلك الأدوية إلى إدمان أو تعود . وأكثر من ذلك أننا نحرص على الاكتفاء بأقل جرعة فعالة ، ثم نحرص على إنقاصها

بمجرد ظهور دلائل الاستغناء عنها ، وقد نوقفها تماما أو نُبقى على جرعة صغيرة منها بغرض « الصيانة » كما قلت من قبل ، أو قد نستبدل بها أدوية أخرى لغرض الوقاية من معاودة نوبات المرض .

ولعل فكرة الإدمان أو التعود جاءت أولا من الجهل بهذه الأدوية - والإنسان عدو ما يجهل ، أو مما يذكر أحيانا في وسائل الإعلام المقروءة أو المسموعة أو المرئية ، فيصل المفهوم الخطأ إلى الجمهور - وهذا يكاد يكون القاعدة التى نعانى منها كأطباء - أو قد تعود إلى استخدام بعض الأفراد لأنواع من العقاقير المعروفة باسم « المطمئنات الصغرى » ، وهى أدوية تستخدم فى علاج بعض الحالات البسيطة ، أو كأدوية مؤقتة تساعد المريض فى مراحل العلاج الأولى وحتى يأتى الأثر العلاجى للأدوية الفعالة . ومثل هذه المطمئنات الصغرى تتميز بأثر سريع ، وقد يكتشف بعض هواة الإدمان هذا الأثر السريع فيلجأون إليها بدلا من المخدرات ، وهذا ما دعى الجهات المسئولة إلى درجها فى جداول تمنع صرفها إلاّ بتذكرة طبيب مصرح له بمزاولة المهنة ، إلا أن هذا لا يمنع طبعا من تداولها بشكل أو آخر .

فإذا علمنا أن ما يسمى بحبوب الأعصاب يشمل الأدوية المضادة للصرع ، والأدوية المضادة للاكتئاب (أو المبهجات) ثم المطمئنات الكبرى وغير ذلك ، إلى جانب تلك « المطمئنات الصغرى » - فكيف نطلق على كل هذه المجموعة المختلفة كيماويا وطبيا مصطلحا واحدا ، يجعلها موضع الخوف أو الاستهزاء أو النصائح غير المسئولة من هواة الطب - ولا أريد أن أكرر ، بل من بعض الأطباء والأخوة الصيادلة .

الأمراض العصبية والنفسية والعقلية أصبحت الآن - ومنذ نصف قرن - تحت مظلة البحث العلمىَ التجريبى . وقد غير ذلك تماما نتائج علاجها ، بحيث أصبحت المستشفيات الخاصة بها الآن موضع تساؤل : هل نهدمها أم نبقى على بعضها ، بل وغير من فهم الأسس المرضية التى تقوم عليها إدراك

طبيعة تلك الأمراض . والأعوام القليلة القادمة ـ فيما أرى ـ ستوضح ما بقى من حلقات غائبة فى فهم السلسلة الكاملة التى تربط بين أسباب هذه الأمراض وأعراضها ثم علاجها . فهل آمل أن يكف الجمهور ووسائل الإعلام عن استخدام اصطلاح « حبوب الأعصاب » الذى يضعها فى سلة واحدة قوامها الجهل ، وجحود نعمة الله التى أنعم بها علينا فى هذا النصف الثانى من القرن العشرين ، وحتى نبدأ خطانا نحو القرن الحادى والعشرين وقد تخلصنا من آثار القرون الوسطى .

الفصل الثانى عشـر

الكمبيوتر - الزائر الجديد

ولا أعنى بالكمبيوتر هذه الآلات أو الحاسوبات التى انتشرت فجأة بل ودخلت معظم بيوت الأمم الغنية فقط ، بل إنى أتخذه مثالا لثورة التكنولوجيا فى مجال الطب .

فقد ذكرت فيما سبق أن الفكر البشرى مر فى مجال الطب خلال مراحل مثله فى ذلك مثل المجالات التطبيقية الأخرى للعلوم المختلفة ، فكانت هناك مرحلة سحرية ثم مرحلة كهانية ، ثم مرحلة المجربين أو الامبريقيين كما يقال ، وفيها تقع يد الإنسان صدفة على حل لمشكلة دون أن يعرف كيف يعمل هذا الحل - ثم مرحلة المنطق الصورى الذى اشتهر به الأغريق ، والذى يبدأ بتصور عقلى لمكونات الكون ثم يعكسها على الإنسان ، فيقول بوجود أخلاط أربعة إذا توازنت صح الإنسان وإذا اختل هذا التوازن مرض الإنسان ، ثم مرحلة العلم التجريبى .

وهذه المراحل متداخلة ويوجد منها إلى الآن أمثلة . إلا أن الاتجاهات الخاطئة مثل السحر والكهانة والمنطق الصورى ، فهى آخذة فى الاختفاء دون رجعة ، أما التجربة (وليس التجريب) فهى باقية . فالعلوم الطبية تقع بين وقت وآخر على حل لمشاكل طبية دون أن تعرف كيف يعمل ، ثم يأتى التجريب العلمى فيوضح أساس هذه الخبرة التلقائية فتصبح بذلك حقيقة علمية . وأما التجريب العلمى فباق إلى ما شاء الله ، إلا أنه أصبح أكثر دقة بتقدم

التكنولوجيا أو « التقنية » - وهى ببساطة حوار بين حقائق العلم ونتائج تطبيقه ، بحيث يؤدى هذا الحوار إلى تعميق المعرفة العلمية ودقة التطبيق العملى . ولهذا فلا يمكن نقل هذه التقنية ، وإنما يُنقل فقط نتاجها . فنحن قد نشترى الحاسوب أو الكمبيوتر ، ولكن ليس معنى هذا أننا قد عرفنا كيف نصنعه ولا كيف نطوره ، ولا كيف نتعامل معه لنخرج منه أقصى ما نستطيع أو لنصلح أخطاءه أو حتى نتبينها إذا ما وقعت ، وعلينا أن نعود إلى صاحب التقنية ليرشدنا ثم يتركنا عند باب التقنية ولا يدخلنا عليها .

التكنولوجيا مهمة ولكن ! :

هذه التقنية مهمة جدا وبغيرها لا نستطيع أن نواكب التقدم العلمى العالمى ، وبذلك لا يمكننا اعتبار دولة ما من العالم الأول لمجرد ثرائها إن لم تكن متمكنة من تلك التقنية ، والعكس بالعكس . فتلك التقنية تحل المشاكل الاقتصادية ، ومشاكل انفجار السكان والتضخم والمديونية ، وكل أدواء العالم الثالث حسب المصطلحات السارية الآن ، إلا أنها سلاح ذو حدين .

فهى مفيدة ، ولكن لمن يتعامل معها بفهم وبتمييز خصوصا فى البلدان الفقيرة :

فأولا : ليست كل منتجات التقنية تحقق المنفعة فى التشخيص أو العلاج ، فبعضها يظهر بضع سنين ثم يختفى لثبوت عدم جدواه ، إلا أنه يُسوّق فى البلدان النامية وبقروض مجحفة ، وندفع ثمن ذلك من أموالنا ودمائنا ، وأكثر من ذلك من فرص مرضانا للتشخيص والعلاج . وهنا أقول بضرورة التمييز عند اختيار معطيات التقنية على الأقل قبل السماح بنشرها على طول البلاد وعرضها والترويج لها بدعاية ملحة .

ثانيـا : منتجات التقنية هذه دائمة التغير والتشكل ، وأصبحنا الآن نتحدث

عن الجيل الأول والجيل الثانى والثالث .. الخ ، من هذا الجهاز أو ذاك ، والفرق بين كل جيل وجيل آلاف الجنيهات بل وقد يكون ملايين الجنيهات ، وإذا ظهر جيل ثان عملت الدول المنتجة على إيقاف إنتاج الجيل الأول ، أو على الأقل وقف إنتاج قطع غياره مما يجعله عديم الجدوى . والبلوى هنا أنه ليس صحيحا أن كل جيل أحدث أكثر فائدة من الجيل السابق ، بل قد يكون الفارق بينهما أقل من أن يستأهل منا الاهتمام به . وهنا يجب ألا نلهث وراء الأجيال الجديدة ، بل نتخير وقت الانتقال من جيل إلى جيل . وإذا تبينا فائدة جيل ما وجب علينا الاحتياط بقدر كاف من قطع غياره . وأكثر من ذلك وجب علينا فهمه هندسيا بقدر الإمكان ، فقد يكون إصلاحه من التفاهة بحيث لا يتطلب أكثر من لف بوبينة - كما حدث فعلا فى أحد الأجهزة ، بينما كان يصر مهندس الشركة الموردة أن الجهاز كله لم يعد يساوى ثمن فكه إلى قطع من الحديد الخردة !

ثالثـا : يجب اعتبار منتجات التقنية وسيلة مساعدة للتشخيص الاكلينيكى وليست بديلا له . فالتشخيص الاكلينيكى الذى يتعامل مع الإنسان ككل ، ويعطى وزنا صحيحا لشكواه والعلامات المكتشفة عند فحصه يجب أن يعطينا الصيغة الصحيحة للسؤال الذى نوجهه إلى الكمبيوتر . وهنا يمكننا أن نزداد وضوحا من معطيات التقنية ، أما العكس فليس صحيحا . فالملاحظ الآن أن الحس الاكلينيكى قد بدأ يضعف فى البلدان الغنية التى تعتمد على التقنية أولا وأخيرا ، بحيث أصبح مستوى أطباء الأجيال الجديدة أقل من آبائهم وأجدادهم ، وبحيث كثرت أخطاؤهم رغما عن استخدام أحدث التقنيات . وقد يبدو هذا الكلام صعب التصديق إلاّ أنه حقيقة شعرنا بها هنا فى مصر منذ سنوات ، وسمعتها تتردد كثيرا على ألسنة كبار المتخصصين فى الأمراض العصبية من البلدان المتقدمة فى أثناء محاضراتهم

ومناقشاتهم فى المؤتمرات الدولية خلال السنوات العشر الماضية ، كما لمسها أبناؤنا من الأطباء الشبان الذين بعثنا بهم للاحتكاك بالمستويات المختلفة فى البلدان المتقدمة . وهنا أشير إلى الهالة الدعائية المحيطة بهذه التقنيات ، مما يجعل بعض الأطباء أو المؤسسات الطبية تتسابق إلى الحصول عليها ، لما تبثه تلك الأجهزة فى نفوس المرضى من ثقة واطمئنان ، إلاّ أن بعضه على الأقل نتيجة الإيحاء ليس إلاّ . فالجهاز لا قيمة له إلا بقدر قيمة من يعمل عليه ، وليس ببعيد عنا ما يأتى به الاستخدام الخاطىء للكمبيوتر فى فواتير التليفونات وغيرها ، وليس العيب هنا فى الجهاز . ولا أحب أبدا أن أغض من أهمية التعامل مع التقنيات الحديثة ، وإلا كنت من دعاة العودة إلى كهوف العهد الحجرى ، ولكنى أحذر من اختفاء الجهل وراء تلك الأجهزة ، واستخدامها وسيلة للدجل والتهويل . ولا أخص بذلك بلدنا ولا أى بلد آخر ، بل إن هذا الخطر أصبح شائعا فى جميع أنحاء العالم . وكلى أمل أن يعود التوازن سريعا بين الاهتمام بالتشخيص الاكلينيكى والاستعانة بالتقنية لإرهاف هذا الحس ، والارتفاع بمستواه لفائدة المرضى ولفائدة العلم .

وإنى أذكر أن مجموعة من أطباء الأمراض العصبية والنفسية وجراحى الأعصاب تبينوا منذ حوالى خمس عشرة سنة أهمية جهاز فحص المخ بالأشعة المقطعية ، وأنه يمثل فعلا منعطفا هاما فى التشخيص . وكانت الظروف المالية للمستشفيات الجامعية وقتها لا تسمح باقتناء مثل هذا الجهاز ، فتعاونا لشراء أول جهاز دخل جمهورية مصر ، ونحن نعلم أن هذا المشروع فاشل من الناحية الاقتصادية إلا أننا شعرنا بخطورة التخلف عن هذا الفتح الجديد أكثر من ذلك ، إذ أنه كان مستخدما لمدة سبع سنوات قبل قيامنا بالمشروع . ثم اتفقنا على مراجعة الحالات اكلينيكيا فى ضوء معطيات هذا الجهاز ، واكتسبنا من ذلك خبرات غالية سواء فى حِسّنا الاكلينيكى أو فى تحديد مزايا

هذا الجهاز . وبعد بدء مشروعنا بستة أعوام ذهبنا إلى مؤتمر عالمى فى اليابان ، وكنا نظن أننا سنكتشف الفجوة القائمة بيننا وبين الدول المتقدمة ، إلاّ أننا نعمنا باطمئنان وثقة بعد حضورنا لهذا المؤتمر . إذ تبينا أننا عند المستوى العالمى ، وأننا عوضنا تأخرنا السنين السبع التى مرت قبل بدء مشروعنا ، بل وأكثر من ذلك فقد تبينا أن سبب ما وصلنا إليه من استفادة يرجع إلى الحوار الدائم بين التشخيص الاكلينيكى والصور التى يقدمها لنا الجهاز . وكان هذا السبب واضحا جدا عندما لمسنا الفارق الكبير بين أطباء الأعصاب اليابانيين وبين أطباء الأشعة اليابانيين ، فقد ظهروا وكأنهم يعيشون فى بلدين مختلفين ، فالمستوى المتواضع للأطباء لا يوازيه أبدا المستوى المحلق لأخصائى الأشعة . ولما سألت فى ذلك رئيس المؤتمر - خوفا من أن يكون استنتاجى راجعا إلى صعوبة اللغة الانجليزية التى يستخدمها اليابانيون - طمأننى إلى أنه ليس حاجز اللغة هو السبب ، بل هو انعدام الحوار بين الفريقين . ذلك لأن الدولة تهتم بالتكنولوجيا الطبية إذ أنها تصدرها إلى الخارج ، أما الممارسة الطبية فالاهتمام بها أقل لأسباب الفلسفة الاقتصادية التى تتبعها اليابان ، مما جعل الحوار بين الفريقين شبه منعدم . وقد شكى لى هذا الرئيس - وكان نرويجيا - من أن ذلك سبّب له متاعب جمة فى تنظيم هذا المؤتمر لم تقابله عند تنظيم مؤتمرات مثيلة فى بلاد أخرى .

أما النقطة الأخيرة التى أحب أن أناقشها فى مجال استخدام التقنيات الطبية الجديدة ، فهى نقطة اقتصادية . ففى ظروف بلد يعانى اقتصاديا مثل بلدنا فى الوقت الحالى ، يجب دراسة الجدوى الاقتصادية لهذه الأجهزة ، وألا نسقط من حسابنا تكاليف صيانتها وتشغيلها مقارنة بالنفع العلمى والطبى العائد منها ، بحيث نعطى كل جهاز أولويته الحقيقية بين احتياجاتنا الكلية فى المجال الطبى . وبذلك قد لا نقتنى جهازا بالمرة لقلة جدواه ، وقد نقتنى جهازا آخر على أن نجعله مقصورا على المراكز التعليمية حتى لا نحرم أجيالنا الجديدة من مواكبة التقدم العلمى - خصوصا وأن مستوى الطب فى مصر مازال قادرا

على الوقوف بجانب المستوى العالمى رغم كل الصعوبات ، أما بعض الأجهزة الأخرى فقد نعمل على تعميمها لجدواها العلمية والاقتصادية معا .

إن التقدم التقنى العالمى يفرض علينا أعباء كبيرة ، أولها التعامل مع الحاضر بعقل يتخير وينتقى ويفهم ويميز ، وثانيها السعى الحثيث لاكتساب هذه التقنيات وليس مجرد نقل معطياتها ، وهناك مثل كوريا الجنوبية - ولسنا أقل منها قدرة وإمكانات ، وإن كان علينا ألا ننتظر أى دفعة من دول الشمال مثل تلك التى قُدمت إلى كوريا الجنوبية .

الفصل الثالث عشر
أمراض .. ومشاكل نفسية

هناك فروق فى معانى الكلمات عندما تُستخدم فى حديث كل يوم وعندما تستخدم مصطلحا طبيا . فالعلوم قد تستخدم نفس الكلمة بمعنى مخالف لما يستخدمه الأفراد فى حياتهم العامة . وهذا المعنى يتفق عليه العلماء فى مؤتمراتهم ، وبعدها يصبح اللفظ المتفق على معناه العلمى « مصطلحا » علميا ، له معنى محدد يختلف بعض الشيء عن لغة الحياة اليومية .

من هنا كثيرا ما يحدث نوع من سوء الفهم بين الجمهور ووسائل الإعلام من ناحية ، وبين الأوساط الطبية المتخصصة ، ويصبح الحوار بينهما يدور فى متاهات ـ يُطلق عليه أحيانا « حوار الطرش » . فكل جانب يعنى بالكلمة نفسها معنى مخالفا لمعنى صاحبه الذى يحاوره . ومن هذه المصطلحات التى يدور حولها خلافات فى الحوار مصطلح المرض النفسى . فالفرد غير المتخصص يستخدمه ليدل على ما يعبر عنه أحيانا بالعصبية ، أو الشد النفسى ، أو « أنا غير مبسوط » و« ماليش مزاج » ، « وأنا لا أحتمل كلام فلان » أو « لا أحتمل صوت أطفالى » أو « لم أعد أطيق متاعب العمل » ، و« عايز أروح حتة هادية » الخ . فى حين لا يستخدمه الطبيب إلا عندما يتكلم عن تغير فى مزاج المريض أو سلوكه أو طرق تفكيره ، له « خط سير » محدد ، أى له طريقة بدء معينة ، فهو حاد أو متدرج مثلا ، كما أنه يمر بمراحل محددة ، ويتميز بعلامات مرضية معينة قد يلاحظها المحيطون بالمريض وقد لا يلاحظونها . بل يعتبر الأطباء الأنواع التى لا يلاحظها

الآخرون أخطر بالنسبة لمآل المرض أو نتيجته النهائية . فقد يتحول الطالب المجد النشيط صاحب الهوايات الكثيرة والعديد من الأصدقاء ، شخصا هادئا لطيفا متدينا إلا أنه لم يعد متحمسا للدراسة ، ولا يسوءه رسوبه في الامتحانات ، ويفقد تدريجيا أصدقاءه ويعتزلهم ويتوقف عن ممارسة هواياته دون أن يشكو من شيء ، ودون أن يسبب أى مضايقة لمن حوله ، بل لعله يهتم بأشياء تافهة ، فهو يساعد فى تنظيف المنزل وشراء حاجياته من السوق ، أو قد يتفرغ للصلاة والقراءات الدينية التقليدية - فهذه الصورة تحدث فى أحد أنواع مرض الفصام المزمن .

ويلاحظ فى المرض النفسى أنه إلى جانب تميزه بصورة اكلينيكية مميزة - أى الصورة التى يلاحظها الطبيب فى أثناء كشفه على المريض ، فإن هذه الصورة تكون ثابتة فى كل حالات المرض بغض النظر عن الظروف المحيطة . فصورة المرض هى هى مهما اختلفت الطبقة الاجتماعية التى يأتى منها المريض ، ومهما اختلفت الخلفية الثقافية أو معاملة من حول المريض من أهل وأصدقاء وزملاء ، وهى أيضا ثابتة مهما اختلف موطن المريض ، فالفصام أو الاكتئاب له نفس الصورة المرضية عند المصريين وعند الأوروبيين والآسيويين .

هذا هو مفهوم « المرض » فى لغة الطب ، وهى بذلك توحى بأن التغيرات المسببة لهذا المرض واحدة عند كل المرضى ، وإن اختلفت فى الشدة أو مدة المرض ، مثلها فى ذلك مثل التغيرات التفصيلية الملاحظة فى التيفود مثلا أو التهاب الزائدة الدودية (المصران الأعور) - فهذه الأمراض ثابتة أيضا فى صورتها الاجمالية مع بعض التنويعات غير الأساسية بين مريض ومريض .

هذه « الأمراض » وبهذا المفهوم العلمى المحدد ، هى التى شملتها الثورة العلمية التى بدأت فى خمسينيات هذا القرن العشرين ، فانكشفت أسسها الكيماوية كما عرفت أماكن معينة فى المخ تصاب بالذات فى هذه الحالات ،

وإن كانت إصابة هذه الأماكن تكمن في التكوينات الدقيقة داخل الخلية العصبية فهي لا ترى بالعين المجردة - مثل أورام المخ أو خراجه مثلا ، كما أنها لا ترى بالمجهر (الميكروسكوب) الضوئي العادي الذي يمكن أن يتبين وجود الجراثيم ، ولكنها ترى أحيانا بالميكروسكوب الالكتروني ، أو بوسائل الفحص الإشعاعي بعد حقن بعض المواد المشعة ، أو برصد التغيرات في النشاط الكهربائي للدماغ - خصوصا إذا استخدمنا وسائل تصل إلى الأجزاء العميقة في الدماغ . وقد وصلت الخريطة المبينة لأماكن هذه الإصابات ، وأنواع الكيماويات المسئولة عنها إلى مرحلة من الدقة كافية لتشخيص هذه « الأمراض » تشخيصا دقيقا إلى درجة عالية لم نكن نحلم بها منذ أربعين عاما فقط . بل ونحن الأطباء نلهث يوميا وراء الجديد المضاف إلى هذه الخريطة ، ويصاحب ذلك بالطبع آمال متزايدة في حسن علاج هذه « الأمراض » والوقاية من هذه « الأمراض » ، وأكرر « الأمراض » بالمعنى الذي حددته في أول حديثي . ولعل حديثي هذا يوجه النظر إلى أن « الدنيا تغيرت » في مجال هذه « الأمراض » . فلم يعد يكفي أن نفسرها « منطقيا » على أساس تصورات فلسفية أو فرضيات لا تقوم على البحث العلمي والتجريب ، وإلاّ عدنا إلى ما يشبه التفسير القديم « للملاريا » بأنها تنشأ عن فساد الهواء ، فساد «Mal» وهواء «Air» كما ذكرت من قبل .

فمعذرة لمن لم يتقبل بعد هذه الحقائق العلمية ، فلن يجدي الإبقاء على فروض فلسفية مضى زمنها ، مهما كانت « مريحة » للعقل ، ولذيذة كموضوع للنقاش ، أو صالحة لبناء قصص درامية وأفلام سينمائية ومسلسلات تليفزيونية . وهذه اللذة العقلية والتطبيقات الدرامية وقفت زمنا طويلا - ومازالت تقف إلى الآن - عائقا ضد التصور الصحيح لهذه « الأمراض » بين أفراد الجماهير ، خصوصا « المثقفين » منهم - الذين يستهويهم تطبيق ما يقرأونه من كتابات نفسية زخرت بها المكتبة النفسية في أوائل القرن العشرين ، خصوصا أن تلك الكتابات توحي لقارئها أنه قادر على تشخيص

وعلاج أمراضه النفسية وأمراض الآخرين ، مادام يعرف أن الحرمان من الرضاعة أو التدريب القاسى على التحكم فى « التبول والتبرز » ، أو الحرمان من الممارسات الجنسية تؤدى إلى حدوث الأمراض النفسية فى سنوات العمر المقبلة . ولو عدنا إلى هذه التفسيرات المريحة فسنضيع على المريض فرصة الشفاء الذى أصبح متاحا إلى درجة لا تختلف عن باقى أنواع الأمراض فى فروع الطب الأخرى ، بحيث أصبح الآن المستشفى النفسى مفتوح الأبواب ـ له عيادة خارجية واستقبال . كما أننا إذا تمسكنا بهذه الحلول المريحة اللذيذة فإننا نعود إلى الوراء بما يقرب من نصف قرن ، بينما العالم من حولنا يركض ركضا يبهر الأنفاس .

التلبّك النفسـى :

هذه هى « الأمراض النفسية » بمعناها المحدد العلمى . فما بال العصبية ، والنرفزة ، وعدم الاحتمال والقلق واضطرابات السلوك فى مراحل عمرية مثل المراهقة ، وما بال الخلافات الزوجية وعدم التكيف مع ظروف عمل معينة .

أقرب مثل لهذه « المشاكل النفسية » هو ما يحدث من « تلبّك معوى » بعد أكلة دسمة لم تستطع هضمها المعدة السليمة ، أو الإرهاق البدنى بعد التعرض لمجهود عضلى يفوق قدرة الإنسان السليم ، بل قد يفوق طاقة الرياضى إذا أهمل تدريبه بعض الوقت ، أو احمرار الجلد السليم إذا تعرض لأشعة الشمس فترة طالت عما يجب ، وهكذا .

ولنأخذ مثلا ما سمى « القلق » ، فقد يقصد الشخص بهذه الكلمة الخوف أو القلق (وهى هنا مصطلحات علمية محددة) . فالخوف يتصل بموقف معين محدد مثل قرب الامتحان أو بدء الحياة العملية ، أو الترقى إلى منصب أعلى ذى مسئوليات أكثر تعقيدا . ومثل هذا الخوف تفاعل سليم يدفع المرء إلى بذل مجهود مركز جاد حتى يجتاز هذه المواقف المؤقتة ، فإذا زادت حدته عن

القدر المطلوب فقد يحتاج الشخص إلى شرح لهذه الظاهرة النفسية ، ومساعدة الشخص القلق على اجتياز الموقف بتصور خطة يمكنه تنفيذها ، ثم يتابع « الطبيب النفسى » مراحل هذا التنفيذ ليضمن المرور بها بسلام . وقد تبلغ شدة الخوف مبلغا يحتاج إلى جانب « العلاج النفسى » الموضح فيما سبق ، إلى بعض المطمئنات البسيطة ولفترة قصيرة حتى يسهل المرور بهذه التجربة بسرعة وبهدوء . ويغلب أن يخرج الشخص من هذه الخبرة أكثر قوة وقدرة على مواجهة مواقف مشابهة فى المستقبل .

أما القلق ، فهو خوف من شيء غير محدد ، أو خوف من اشياء متتابعة وبشكل مبالغ فيه . وهنا يكفى « العلاج النفسى » فى إرشاد الشخص القلق إلى بعض التصورات النفسية السليمة ، لتحل محل تصوراته الخاطئة التى تعود عليها فى سنىّ عمره السابقة . وهنا يكون العلاج النفسى أكثر عمقا ويحتاج إلى وقت أطول ، ويستحسن أيضا اللجوء إلى بعض المطمئنات البسيطة لتسهيل العلاج ، بدلا من تعريض المريض إلى معاناة نفسية قد لا يطيقها كما كان يحدث قبل اكتشاف تلك الأدوية . وهذه المطمئنات تختلف عن « المهدئات » و« المنومات » ، وهى لا تؤدى إلى أى إدمان مادامت تحت إشراف الطبيب ، بل ويشعر « المريض » أنه لم يعد يحتاج إليها بمجرد انتقاله إلى طور جديد من مراحل النمو النفسى ، واكتسابه للتصور السليم لما بينه وبين ظروفه من علاقات وكيفية التعامل السليم معها .

ويكون الحال هنا مثله مثل من تعود عادات سيئة فى الطعام من حيث كميته أو نوعه ، أو كليهما مما يسبب له سوء الهضم والانتفاخ ، وتبادل الاسهال والإمساك .. الخ ، دون وجود مرض ما بأمعائه . ولنذكر مثلا آخر كثير الانتشار ، وهو الحزن الذى قد يختلط أحيانا مع الاكتئاب . فالمرء يحزن إذا فقد إنسانا عزيزا عليه ، وعندما يفشل فى مشروع كان يؤمل عليه كثيرا ، أو عند فشله هو أو فشل أحد أبنائه فى دراسته ، وهكذا . وهنا يضطرب نومه ويفقد

الشعور بلذة الحياة ، ويشكو من « الانقباض » ، وقد يبكى ويكثر من شكوى سوء حظه ، أو قد يلوم نفسه بحق وبغير حق ، إلاّ أنه إذا استمع إلى تعزية المعزين أو تشجيع المواسين خف حزنه ، وأنطلق مرة أخرى إلى التعامل مع الحياة ، بل قد يكون مجرد مرور الوقت كافيا للخروج من « الحزن » .

فإذا جئنا إلى مرض « الاكتئاب » فقد لا نجد له أى سبب ، أو قد نرجعه إلى سبب أو آخر من الظروف العادية التى تمر بكل منا ، بل ومر بها المريض نفسه من قبل دون أن تسبب له هذا الاكتئاب . وفى حالة « مرض الاكتئاب » نجد اضطرابا فى النوم له أنماط محددة ، مع فقد الشهية وفقد الوزن وغياب الرغبة الجنسية ، مع نظرة تشاؤمية تقفل أمام المريض كل منافذ الخروج من كآبته . بل ونلاحظ أن الضيق الذى يشكو منه المريض تتراوح شدته بين ساعات اليوم المختلفة ، ففى أحد أنواعه يزداد هذا الضيق فى الساعات الأولى من النهار ، فتكون كما قال ناجى :

فإذا النور لهيب طالع ‍ ‍ ‍ ‍ ‍ ‍ ‍ ‍ وإذا الفجر مطل كالحريق .

وفى أنواع أخرى نجد الضيق يشتد قرب الغروب . وفى الاكتئاب لا تُجدى تعزية ولا مواساة ولا ترفيه - خصوصا فى مراحله الأولى ، بل قد تزيد تلك المحاولات من معاناة المريض ، إذ يفسرها بأنها نوع من لوم الآخرين له ، وأن هؤلاء الآخرين لا يشعرون بمدى معاناته وبقسوة مأساته .

فأما الاكتئاب فيحتاج إلى علاج سريع وجادّ بالأدوية ، وقد يحتاج إلى جلسات الكهرباء . أما الحزن فيحتاج إلى تعزية ومواساة وترفيه ، وقد يحتاج الحزين إلى بعض الإرشاد النفسى فى شكل علاج نفسى بسيط ، يعيد الحزين إلى أنشطته الاجتماعية واهتماماته السابقة ، فإذا هو مرة أخرى ماضيا فى طريق حياته العادية .

ويطول بنا القول إذا ما تتبعنا تلك المشاكل النفسية والاضطرابات التى

تعترض مسيرة كل الناس من آن لآخر فيحتملها البعض ، ويئنْ منها آخرون إلا أنهم يستطيعون الخروج منها إما بأنفسهم ، أو بالاستفادة من ظروف مواتية تحيط بهم ، أو فى القليل النادر تحتاج إلى إرشاد نفسى متخصص فى شكل علاج نفسى مبسط قد يصحبه بعض الأدوية .

وإذا جئنا إلى هذا النوع من العلاج النفسى البسيط ، نجدنا نحتاجه مع كل مريض ، خصوصا إذا كان مرضه مزمنا أو يحتاج إلى وقت طويل فى علاجه مما يضطر المريض إلى تغيير بعض عاداته ، فمن يضعف إبصاره أو تثقل حركته أو تبتر ساقه مثلا يحتاج فعلا إلى علاج نفسى ليتكيف مع الوضع الجديد .

والطفل أو الشاب الذى يحتاج إلى استخدام نظارة وهو بعد فى سنى عمره النشيطة ، وقد يكون هو الوحيد الذى يستخدم تلك النظارات بين زملائه فى الفصل ، يحتاج أيضا إلى « علاج نفسى » بمعنى ما .

حتى من يحتاج إلى إجراء عملية قد يحتاج إلى شرح نفسى يبسط له تصوره عن أبعاد هذه العملية ، فى حين يحتاج شخص آخر متهاون إلى تخويفه بعض الشىء إذا هو امتنع عن إجراء العملية له أو أجلها ، وهكذا . فالعلاج النفسى لازم لكل من يتعامل مع « الإنسان » ، وفى مقدمتهم الطبيب ، فهو يتعامل مع الإنسان فى حالة الشدة ، ولكن هذا العلاج النفسى يحتاجه أيضا المدرس والبائع وكل من يتعامل مع الإنسان .

أملى كبير فى أن نستطيع الآن التفرقة بين « الأمراض النفسية » وبين « المشاكل أو الاضطرابات النفسية » ، فنميز بين أسبابها وصورتها الاكلينيكية وما يحتاجه كل منهما من علاج .

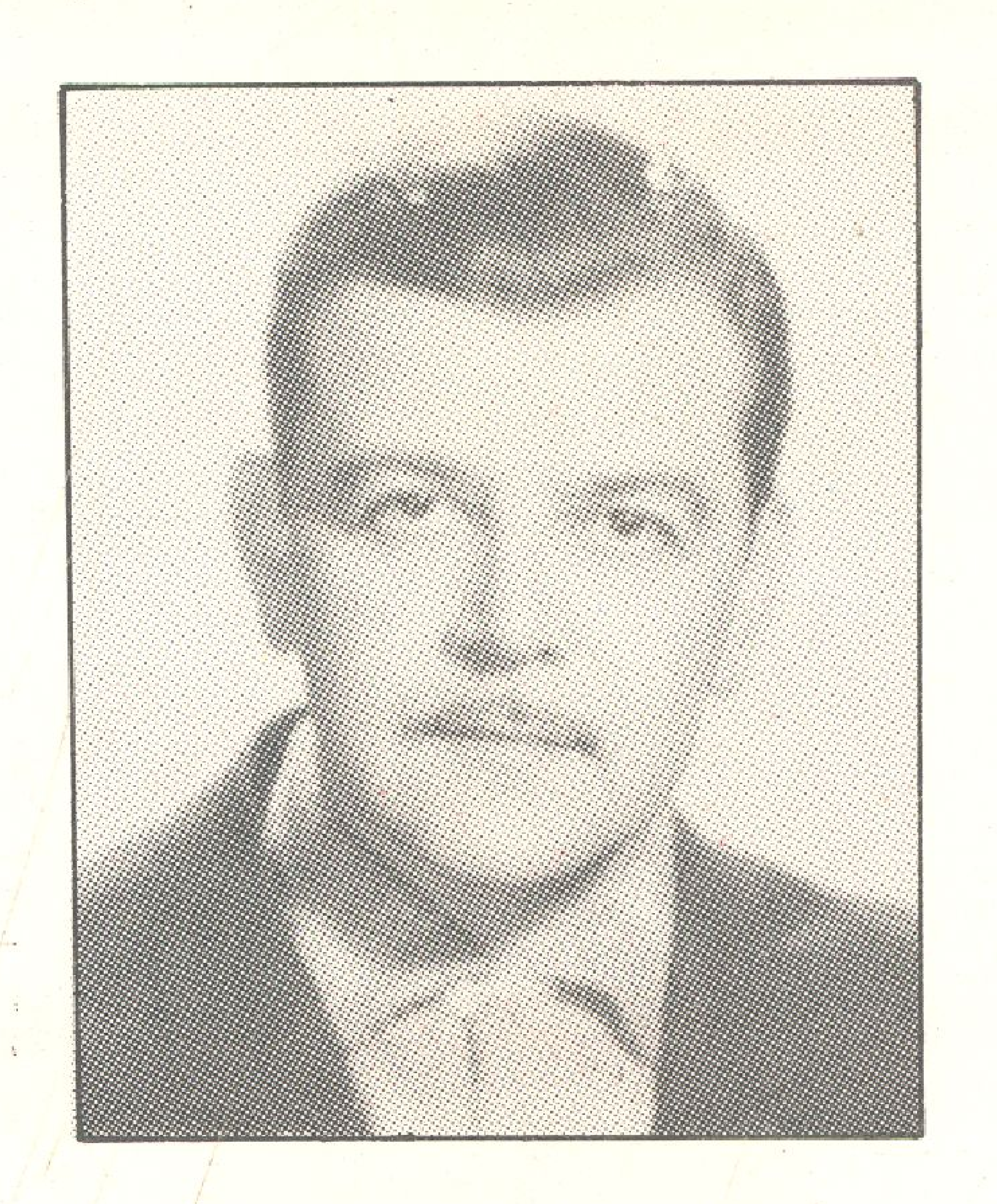
رقم الايداع بدار الكتب

١٩٩١ / ٣٨٦٦

مطابع الأهرام التجارية ـ قليوب ـ مصر

الأستاذ الدكتور

محمد عماد فضلى



- تحظى أمراض الجهاز العصبى بأكبر قدر من سوء الفهم والمبالغة ، مع أنها أمراض مثلها مثل تلك التى تصيب أى جهاز آخر فى الجسم كالجهاز الهضمى أو التنفسى مثلا ، بمعنى أن لها مسبباتها وأعراضها وعلاجاتها الناجعة المؤكدة . ونسبة الشفاء فيها لا تقل عنها فى الأمراض الأخرى ، بشرط أن يتولى العلاج متخصصون فيها . ومن ثم لا مبرر للفزع والتشاؤم بشأنها ، فالتقدم فى ميادين تشخيصها وعلاجها حقق المعجزات .

- حول هذا الموضوع يدور حديث الدكتور عماد فضلى رئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية بطب عين شمس ، وعضو كلية الأطباء الملكية ورئيس الجمعية المصرية للأمراض العصبية والنفسية وجراحة الأعصاب ، والأستاذ الزائر بجامعة أوسلو « النرويج » ورئيس المجمع المصرى للثقافة العلمية .

الناشر

صدر من هذه السلسلة

- □ القلب وأمراضه
  أ . د . عبد العزيز الشريف
- □ العلاج الطبيعى
  لماذا ؟
  أ . د . أحمد خالد
- □ طفلك
  كيف تحميه من الأمراض الشائعة ؟
  أ . د . حسين كامل بهاء الدين
- □ الغذاء المناسب
  كيف تختاره ؟
  أ . د . صلاح عيد

مركز الأهرام للترجمة والنشر
مؤسسة الأهرام

التوزيع فى الداخل والخارج : وكالة الأهرام
ش الجلاء ـ القاهرة

مطابع الأهرام التجارية ـ قليوب ـ مصر

6.8
فض